Samenvattend rapport

Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2014

Deel 1:

acceptatieplicht

verbod op premiedifferentiatie

zorgplicht

transparantie

Oktober 2015

Inhoud

Vooraf

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa) is toezichthouder in de zorg. Bij al onze toezichtactiviteiten stellen wij het belang van de burger voorop. Zorgverzekeraars spelen een centrale rol in ons zorgstelsel. De concurrentie tussen de zorgverzekeraars moet leiden tot zorg van goede kwaliteit die voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is. Wij gaan voortdurend na of de zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Dit rapport gaat over ons toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. We geven een overzicht van onze bevindingen op het gebied van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en transparantie.

Verder kijkt de NZa jaarlijks naar de stand van zaken op de markt voor zorgverzekeringen. Aan de hand van analyses vormen wij ons een beeld van de werking van deze markt en dat beeld publiceert de NZa in de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt. De Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015 is eind september 2015 gepubliceerd.

In het kader van de risicoverevening hebben zorgverzekeraars ook een aantal taken. Hierover brengen wij begin 2016 een afzonderlijk rapport uit. In dat rapport besteden wij ook aandacht aan de controletaken van zorgverzekeraars. Zoals de controle op declaraties voor zorgkosten.

Mede naar aanleiding van signalen uit het veld en ook de toegenomen maatschappelijke discussie over de rolinvulling door de zorgverzekeraars, hebben wij ons toezicht op de zorgverzekeringsmarkt aangescherpt. We doen (hebben) extra onderzoek (gedaan) naar:

1. Naleving van de zorgplicht bij zorgpolissen met beperkende voorwaarden;
2. Contractering van individuele beroepsbeoefenaren;
3. Risicoselectie;
4. Transparantie van de zorgverzekeringsmarkt;
5. Informatieverstrekking door vergelijkingssites.

Zorgverzekeraars hebben een centrale rol in ons zorgstelsel, zeker ook op het gebied van de zorginkoop en naleving van de zorgplicht jegens hun verzekerden. Zij kunnen voor burgers echt het verschil maken, niet alleen in de prijs, maar zeker ook in de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Dat verzekeraars zich daar bewust van zijn, blijkt onder meer uit hun actieplan Kern-gezond. Wij hebben bijzondere aandacht voor de uitvoering daarvan en hebben ook aanbevelingen bij het actieplan. Zo kunnen zorgverzekeraars de polissen op de eigen website beter zichtbaar en vergelijkbaar maken.

In dit rapport presenteren wij u een overzicht van ons toezicht ter zake in 2014 en 2015. We blijven de ontwikkelingen met betrekking tot de zorgplicht, acceptatieplicht en transparantie nauwgezet volgen, en zullen wanneer de belangen van burgers daarom vragen, ingrijpen. Immers, die staan voorop.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
Voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Wij starten deze managementsamenvatting met onze conclusie. Daarna geven wij een overzicht van onze belangrijkste toezichtactiviteiten, bevindingen en resultaten in 2014 en het eerste deel van 2015.

Conclusie

Burgers moeten erop kunnen vertrouwen dat zorgverzekeraars zich houden aan hun wettelijke verplichtingen, zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en transparantie. Ook moeten de zorgpolissen de wettelijk geregelde (zorg)aanspraken afdoende dekken.

Met betrekking tot transparantie van informatie over zorg en de naleving van de zorgplicht en de acceptatieplicht hebben wij geconstateerd dat er aandachtspunten zijn. Die lichten wij in dit rapport nader toe. Wij baseren ons op door ons uitgevoerde onderzoeken en de analyse van door de NZa ontvangen signalen, uitvoeringsverslagen en modelovereenkomsten.

Hieronder geven wij de belangrijkste aandachtspunten, onze bevindingen en maatregelen die wij al hebben getroffen en nog lopende onderzoeken.

Zorgplicht

Het is cruciaal voor burgers die zorg nodig hebben, dat zorgverzekeraars hun kerntaken, zoals de inkoop van voldoende goede zorg voor een betaalbare prijs, adequaat vervullen.
Uit signalen, informatie uit onze marktscans en van patiëntenorganisaties komen een aantal mogelijke risico's naar voren voor de beschikbaarheid en tijdigheid van zorg.

Daarom hebben wij onder andere een meldplicht ingevoerd als zorgverzekeraars niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht voor cruciale zorg.

Wij hebben onderzocht of de contractering bij zorgpolissen met beperkende kenmerken voldoende is om te voldoen aan de zorgplicht. De beperkende voorwaarden van de onderzochte polissen bleken niet zo vergaand dat de zorgplicht in het geding is. We hebben enerzijds niet kunnen vaststellen dat voor de onderzochte polissen minder kwalitatief hoogwaardige zorg wordt ingekocht. Anderzijds is uit het onderzoek ook niet gebleken dat zorgverzekeraars specifiek aandacht hebben (gehad) voor de kwaliteit van de aangeboden zorg in deze polissen. Wel kwamen enkele punten naar voren waar wij een vervolg aan geven. Zo kijken wij nader naar de reis- en wachttijden voor verzekerden. De uitkomsten daarvan verwachten we in eind 2015.

Ook hebben wij de zorginkoop voor eerstelijns zorg onderzocht. Uit dat onderzoek bleek niet dat zorgverzekeraars, met de zorg die zij hebben ingekocht voor eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie, niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De uitkomsten op het onderdeel GGZ maken we in november 2015 openbaar.

Daarnaast hebben we in meerdere casussen, waarbij de vraag was in hoeverre de continuïteit van zorg geborgd werd, geacteerd richting een specifieke zorgverzekeraar. Ziekenhuis De Sionsberg (Zorggroep Pasana) en Riagg Rijnmond kwamen in financiële problemen en zijn

failliet gegaan. Het VUmc besloot de wachtlijst voor nieuwe transgenderpatiënten tijdelijk te sluiten.
De zorgplicht van de zorgverzekeraars is mede door ons optreden niet in het geding gekomen.

Transparantie
Transparantie is noodzakelijk voor een goede werking van het zorgstelsel en het maken van een bewuste keuze door de consument voor een bepaalde zorgverzekeraar, zorgpolis, behandeling of zorgaanbieder. Uit signalen, self assesments en onze monitoring van de overstapperiode in november 2014, blijkt dat zorgverzekeraars de informatie, bijvoorbeeld over welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd, nog niet altijd op orde hebben. Wij hebben de betreffende zorgverzekeraars aangeschreven en alle zorgverzekeraars hebben de informatie op hun website tijdig aangepast.

In 2014 hebben we onder andere de eisen die we aan zorgverzekeraars stellen over de informatieverstrekking aan hun verzekerden, nog verder aangescherpt op het gebied van eventuele volumeafspraken en de gevolgen daarvan voor verzekerden, zorginkoop en vergelijkingssites.

We hebben onderzocht of het regelen van een vaste, minimale vergoedingshoogte voor niet-gecontracteerde zorg nodig is. De NZa heeft hierop besloten vast te houden aan het standpunt dat zorgverzekeraars zelf een vergoeding mogen bepalen voor niet gecontracteerde zorg, maar dat die vergoeding geen hinderpaal mag vormen voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Voor de duiding van het begrip hinderpaal wordt verwezen naar de bestaande jurisprudentie daarover. Daarbij moeten zorgverzekeraars overeenkomstig de regels transparant zijn over de wijze waarop de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt en het absolute bedrag dat zij voor een behandeling zullen vergoeden.

Acceptatieplicht
De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie zijn essentieel voor de solidariteit waarop ons zorgstelsel is gebaseerd.
In 2013 hebben wij een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de naleving van de acceptatieplicht en daarbij signaleerden wij een aantal mogelijke risico's voor de toegang tot de basisverzekering. Zoals sturingsmogelijkheden door volmachten, indirecte sturing van verzekerden, verschillende inschrijvingseisen voor verschillende groepen verzekerden en risicoselectie.

Daarom hebben we in 2015 onderzoek gedaan naar de verhouding tussen basisverzekering en aanvullende verzekering en de naleving van de acceptatieplicht door volmachten die namens zorgverzekeraars zorgverzekeringen aanbieden en uitvoeren. Uit ons onderzoek komt naar voren dat de risico's voor de acceptatieplicht als gevolg van het werken met volmachten zeer beperkt zijn.
We hebben bureauonderzoek gedaan naar mogelijk ongewenste sturing van verzekerden voor de basisverzekering via de aanvullende verzekering. De NZa vindt sturing onwenselijk als de grondbeginselen van de basisverzekering zodanig worden aangetast dat een goede werking van het stelsel wordt belemmerd. Uit het onderzoek komen een aantal mogelijke vormen van sturing naar voren. Die (beperkt voorkomende) vormen van sturing zijn niet in strijd met de wet zijn en dus niet onrechtmatig. De NZa beoordeelt dit echter wel als (potentieel) belemmerend voor een goede werking van het zorgstelsel als dit meer voorkomt. Wij blijven de ontwikkelingen en signalen op dit gebied nauwgezet volgen. Zo verricht de NZa vervolgonderzoek naar

risicoselectie. De NZa heeft het eerste rapport over het kwantitatief onderzoek in juni 2015 opgeleverd. Het tweede kwantitatieve rapport over risicoselectie wordt naar verwachting in januari 2016 opgeleverd. Het rapport over het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie verschijnt naar verwachting in het eerste kwartaal van 2016.

Verder treedt per 1 november 2015 de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004) in werking. Daarin is onder andere de verplichting opgenomen dat de zorgverzekeraar voor een door hem aangeboden modelovereenkomst verplicht is om alle verzekeringsplichtigen op dezelfde wijze de mogelijkheid te bieden tot inschrijving.

Aanbevelingen
Zorgverzekeraars Nederland (ZN) erkent dat zorgverzekeraars hun rol beter kunnen oppakken. In april 2015 heeft ZN hiertoe haar actieplan Kern-gezond gepubliceerd.
Wij zien het actieplan als een goede stap en vinden het positief dat zorgverzekeraars (gezamenlijke) initiatieven ontwikkelen. Voor de onderwerpen risicoselectie en transparantie sluit het actieplan aan op een aantal speerpunten van ons toezicht op zorgverzekeraars.

Wij hebben ook aanbevelingen bij het actieplan. Onder meer op het gebied van transparantie: zorgverzekeraars kunnen de polissen op de eigen website beter zichtbaar en vergelijkbaar maken.

1. Signalen

Wij ontvangen vele vragen, meldingen en klachten van individuele burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over mogelijk ongewenste situaties in de zorg. Daarnaast krijgt de NZa meldingen van consumentenorganisaties, media, politieke partijen en andere toezichthouders. Deze signalen zijn een belangrijke bron voor het bepalen van onze prioriteiten.

Over ziektekostenverzekeraars (basisverzekering en aanvullende verzekering) ontvingen wij in 2014 346 signalen. Net als in 2013 waren dit vooral signalen over de basisverzekering op de onderdelen transparantie en zorgplicht.

Vooral het aantal signalen over het ontbreken van informatie en over onjuiste/misleidende informatie van zorgverzekeraars nam toe. Bij alle toetsbare meldingen hebben wij actie ondernomen, zodat de meeste signalen meteen op de juiste wijze zijn geadresseerd. Naar aanleiding van de signalen over transparantie hebben wij onze regelgeving voor informatieverstrekking door zorgverzekeraars verder aangescherpt.

Tijdens de overstapperiode (november/december) hebben we nauwgezet uitingen in de media gevolgd die te maken hadden met (onduidelijk) informatie over zorgpolissen. Waar nodig hebben wij corrigerend opgetreden, bijvoorbeeld door het aanspreken van de zorgverzekeraar, maar ook door het geven van achtergrondinformatie aan de media.

Voor de zorgplicht zijn wij naar aanleiding van signalen een aantal onderzoeken gestart. Bijvoorbeeld naar de toegankelijkheid van transgenderzorg en de wachttijden in de GGZ.

Ook ontvingen wij signalen over diverse andere onderwerpen, zoals de naleving van de privacyregeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze bestaat sinds 2012 en als daar gebruik van wordt gemaakt, hoeft geen diagnose informatie meer verstrekt te worden bij de declaraties van specialistische GGZ-behandelingen. De signalen duiden er op dat er nog regelmatig declaraties van GGZ-zorg worden afgewezen door zorgverzekeraars bij het ontbreken van een diagnosecode. Wij hebben zorgverzekeraars gewaarschuwd dat we bij het aanhouden van klachten (zowel van zorgaanbieders als van burgers) gaan handhaven. Dit jaar doen wij verdiepend onderzoek naar de naleving van de privacyregels door zorgverzekeraars, waarbij de ontvangen signalen zullen worden betrokken.

2. Acceptatieplicht en verbod premiedifferentiatie

Begin 2015 hebben wij verschillende onderzoeken gedaan op het gebied van de acceptatieplicht. Zo onderzochten wij de naleving van de acceptatieplicht door volmachten. Uit ons onderzoek komt naar voren dat de risico's voor de acceptatieplicht als gevolg van het werken met volmachten zeer beperkt zijn. Volmachten hebben nauwelijks een financiële prikkel om te selecteren op risico's en zorgverzekeraars hebben het controleproces op orde.

Ook hebben wij gekeken naar de verhouding tussen de wettelijk verplichte zorgverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering. Voor polisjaar 2015 heeft bijna 85 procent van de verzekerden een aanvullende verzekering. Vrijwel alle verzekerden sluiten deze verzekering af bij dezelfde verzekeraar als waar zij hun basisverzekering hebben. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars met hun aanvullende verzekering sturen op de toegang tot de basisverzekering.

Wij vinden het onwenselijk als zorgverzekeraars de grondbeginselen van de zorgverzekering via de aanvullende verzekering aantasten. Dit kan een goede werking van het zorgstelsel belemmeren.

Mogelijk ongewenste vormen van sturing zijn:
- creëren van (gepercipieerde) overstapbelemmeringen;
- gedwongen winkelnering;
- onaantrekkelijke dekking aanvullende verzekering;
- afkoop van bijbetaling van niet gecontracteerde zorg;
- herverzekering van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

De praktijkvoorbeelden van overstapbelemmeringen lijken beperkt te zijn tot enkele individuele gevallen en zijn niet van dien aard dat hierdoor de werking van het stelsel negatief wordt beïnvloed. Afkoop van bijbetaling voor niet gecontracteerde zorg wordt daadwerkelijk aangeboden. Herverzekering van het eigen risico is dalende vanaf 2010 en komt op zo'n kleine schaal voor dat het niet bedreigend is voor het stelsel.

Wij kunnen tegen bovengenoemde vormen van sturing geen formele handhavingsinstrumenten inzetten, omdat deze gedragingen niet in strijd met de wet zijn en dus niet onrechtmatig. De NZa beoordeelt dit echter wel als schadelijk. Wij blijven de ontwikkelingen en signalen op dit gebied nauwgezet volgen, bijvoorbeeld via ons (vervolg)onderzoek risicoselectie, en zullen zorgverzekeraars hier individueel en via ZN op aan spreken.

Verder zijn wij in 2015 gestart met een onderzoek naar risicoselectie. Wij willen risicoselectie op een structurele wijze monitoren om de ontwikkelingen op dit gebied goed te kunnen volgen. Zodat wij bij ongewenste ontwikkelingen c.q. ongewenst sturingsgedrag maatregelen kunnen nemen.
In juni 2015 hebben wij de eerste uitkomsten van ons onderzoek gepubliceerd, zie ook paragraaf 7.4. Dat tussenrapport biedt inzichten over verschillen tussen subgroepen van verzekerden zoals jongeren en (ongezonde) ouderen. Bovendien laat het rapport verschillen zien tussen de vereveningsresultaten van afzonderlijke zorgverzekeraars (risicodragers).
Deze uitkomsten gebruiken wij voor ons vervolgonderzoek.

Per 1 november 2015 vervangen wij de Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten (TH/BR-015) door een nieuwe regeling (TH/NR-004). Wij hebben daarin onder andere de verplichting opgenomen dat de zorgverzekeraar voor een door hem aangeboden modelovereenkomst verplicht is om alle verzekeringsplichtigen op dezelfde wijze de mogelijkheid te bieden tot inschrijving.

3. Zorgplicht

Voor het toezicht op de naleving van de zorgplicht heeft de NZa de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw). In 2014 is deze beleidsregel op twee punten van een nadere toelichting voorzien. Die aanpassingen waren het gevolg van:

1. De uitspraak van de Hoge Raad over de hoogte van de vergoeding van zorg verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder (vergoeding mag niet zo laag zijn dat deze een hinderpaal vormt voor de verzekerde om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder);
2. De nieuwe regeling meldplicht voor continuïteit van cruciale zorg.

Zorgverzekeraars zijn per 1 januari 2015 verplicht om bij de NZa te melden als zij niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht voor cruciale zorg (ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang GGZ). De zorgverzekeraar moet zelf eerst al het mogelijke hebben gedaan om deze zorg te borgen. Als dat niet mogelijk blijkt, kan de zorgverzekeraar bij de NZa een beroep doen op overmacht.
De NZa onderzoekt dan of dat beroep terecht is en informeert de minister van VWS daarover. Als het beroep op overmacht niet terecht is, spreekt de NZa de zorgverzekeraar aan op nakoming van de zorgplicht. Indien beroep op overmacht wel terecht is, zal dat aan de minister worden gemeld. Die kan vervolgens besluiten tot oprichting van een vangnetstichting voor de continuering van deze cruciale zorg.
De NZa heeft in 2014 en vanaf de invoering van de meldplicht per 1 januari 2015 geen meldingen ontvangen.

In 2015 gaan wij verder met ons onderzoek naar de zorgplicht voor farmacie bij de overdracht van medicatie tussen (ziekenhuis)apotheken. Als blijkt dat er sprake is van schending van de zorgplicht zal de NZa handhavend optreden. Mocht blijken dat nadere invulling van normen nodig is, dan zal de NZa daarop sturen.

In 2014 hebben wij in meerdere casussen geacteerd, waarbij de vraag aan de orde was in hoeverre de continuïteit van zorg geborgd werd door de zorgverzekeraar. We lichten er hier een paar uit.
Ziekenhuis De Sionsberg (Zorggroep Pasana) en Riagg Rijnmond kwamen in financiële problemen en zijn failliet gegaan. Het VUmc besloot

de wachtlijst voor nieuwe transgenderpatiënten te sluiten. In alle drie de situaties ontstonden er problemen voor zorgverzekeraars bij de naleving van hun zorgplicht.

Wij hebben de gevolgen onderzocht en gesproken met de betrokken zorgverzekeraars. In de drie genoemde casussen bleek dat de zorgplicht van zorgverzekeraars, mede door onze toezichtactiviteiten, niet in het geding is gekomen.

In 2015 hebben wij onderzoek gedaan naar zorgpolissen met beperkende voorwaarden, naar zorginkoop in de eerste lijn en naar wachttijden GGZ.

Zorgpolissen met beperkende voorwaarden
Over het onderzoek naar polissen met beperkende voorwaarden rapporteerden wij in juni 2015 dat de beperkingen van de onderzochte polissen niet zo vergaand zijn dat de zorgplicht in het geding is (paragraaf 7.5). We hebben enerzijds niet kunnen vaststellen dat voor de onderzochte polissen minder kwalitatief hoogwaardige zorg wordt ingekocht. Anderzijds is uit het onderzoek ook niet gebleken dat zorgverzekeraars specifiek aandacht hebben (gehad) voor de kwaliteit van de aangeboden zorg in deze polissen. Wel kwamen een aantal aandachtspunten naar voren waar wij een vervolg aan geven. Zo kijken wij nader naar de reis- en wachttijden voor verzekerden. De uitkomsten daarvan verwachten we in eind 2015.

Zorginkoop
Wij krijgen veel klachten over het contracteerproces, vooral van zorgaanbieders. Daarbij wordt vaak verwezen naar de zorgplicht van zorgverzekeraars. In de eerste helft van 2015 hebben wij de zorginkoop van eerstelijns zorg door zorgverzekeraars onderzocht om vast te stellen of de zorgverzekeraars met de huidige zorginkoop hun zorgplicht kunnen nakomen. Uit dat onderzoek bleek niet dat zorgverzekeraars met de zorg die zij hebben ingekocht voor eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De uitkomsten op het onderdeel GGZ zijn gekoppeld aan het onderzoek over wachttijden (zie hierna) en zullen in november 2015 openbaar worden gemaakt.

Wachttijden GGZ
In 2014 ontvingen wij diverse signalen over het overschrijden van de tijdigheidsnormen voor de GGZ. Dit was voor ons de reden om in 2015 nader onderzoek te doen naar wachttijden in de (specialistische) GGZ. De uitkomsten van ons onderzoek willen wij in november 2015 openbaar maken.

4. Transparantie

Naar aanleiding van signalen hebben wij in 2014 vergelijkingssites voor zorgverzekeringen onderzocht. Wij hebben vastgesteld dat zorgverzekeraars vaak direct contracten sluiten met grotere vergelijkingssites. Zorgverzekeraars blijven wel verantwoordelijk voor de juistheid van de informatie op een vergelijkingssite. Zorgverzekeraars controleren de informatie op vergelijkingssites als waarborg voor de juistheid. We eisen van zorgverzekeraars dat informatie klopt over het type polis, selectieve inkoop en de gevolgen daarvan voor de burger. In 2015 hebben wij daarom de nieuwe beleidsregel 'Informatieverstrekking via vergelijkingssites' opgesteld.

Wij willen dat zorgverzekeraars ook op andere gebieden zorgen voor een betere en duidelijkere informatieverstrekking aan hun verzekerden. Zoals

over de vergoeding van grensoverschrijdende zorg en het eigen risico. Ook willen wij zorgverzekeraars verplichten om patiënten voorafgaand aan een behandeling inzage te geven in de kosten. Daarom hebben wij onze beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014' vervangen door een nieuwe en aangescherpte regeling.
De beleidsregel over vergelijkingssites en de regeling voor informatieverstrekking treden per 1 november 2015 in werking.

Ook hebben wij in 2014 onderzoek gedaan naar de 'mijn omgeving' van zorgverzekeraars om voor medisch specialistische zorg inzicht te krijgen in het kostenoverzicht zorggebruik dat verzekerden daarin ontvangen. Uit ons onderzoek bleek dat de informatie voldoet aan de eisen die daaraan gesteld kunnen worden. Bovendien ogen de 'mijn omgevingen' professioneel.

Wij willen ook nagaan of het zorginkoopproces tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voldoende transparant is. Daarom besteden wij aandacht aan het inkoopproces. In 2010 en 2014 hebben wij Good Contracting Practices (GCP's) uitgebracht met aanbevelingen voor een beter contracteerproces. Omdat de GCP's aanbevelingen zijn en niet afdwingbaar, hebben we hier in 2015 een nieuwe nadere regel voor opgesteld. Het doel van de regeling is om het onderhandelingsproces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar beter te laten verlopen. De regeling (TH/NR-005) treedt op 1 januari 2016 in werking.
Verder hebben wij in het rapport 'Contracteerproces eerstelijns zorg' van oktober 2015 verschillende contractvormen beschreven. De NZa wil het zorginkoopproces faciliteren door toe te lichten welke instrumenten zij heeft om het contracteerproces beter te laten verlopen. In het rapport staat een overzicht van verschillende contractvormen waarbinnen ruimte is om afspraken te maken over inhoud, kwaliteit en service die momenteel in de praktijk worden gebruikt in de eerste lijn.

5. Modelovereenkomsten

Met ingang van polisjaar 2015 wilde Anno 12 toetreden tot de zorgverzekeringsmarkt. Dit is niet gelukt. Wij hebben de ervaringen van Anno 12 om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt, opgenomen in het tweede deel van de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2015.

De Hoge Raad heeft in juli 2014 een uitspraak gedaan over de uitleg van artikel 13 Zvw. Bij een naturapolis mag de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag zijn dat dit een belemmering is voor de verzekerde om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (hinderpaalcriterium).

Wij hebben de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht Zvw daarna aangepast door op te nemen dat de vergoeding niet zo laag mag zijn dat deze een belemmering vormt voor de verzekerde om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor het polisjaar 2016 en volgende is onderzocht of het wenselijk is dat een vaste, minimale vergoedingshoogte in het beleid wordt opgenomen. De NZa heeft hierop besloten vast te houden aan het standpunt dat zorgverzekeraars zelf een vergoeding mogen bepalen voor niet gecontracteerde zorg, maar dat die vergoeding geen hinderpaal mag vormen voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Voor de duiding van het begrip hinderpaal wordt verwezen naar de bestaande jurisprudentie daarover. Daarbij moeten zorgverzekeraars overeenkomstig de regels transparant zijn over de wijze waarop de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt en het absolute bedrag dat zij voor een behandeling zullen vergoeden.

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het marktconforme tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

1. Inleiding

1.1 Wettelijke basis

Op basis van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houden wij toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Bij al onze activiteiten stellen wij de belangen van burgers voorop: toegankelijke, kwalitatief hoge en betaalbare zorg.

Voor 1 november van ieder jaar sturen wij de minister van VWS en het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) het eerste deel van ons rapport over de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Dit zijn wij verplicht op basis van artikel 24 van de Wmg.

Begin 2016 publiceren wij ook het tweede deel[1] van ons rapport. In dat rapport gaan wij in op de financiële verantwoording en controles door zorgverzekeraars. Zoals de controle op declaraties voor zorgkosten.

Beide rapporten zijn openbaar en komen te staan op onze website, www.nza.nl.

Alle beleidsregels en overige publicaties van de NZa waarnaar wij in dit rapport verwijzen zijn ook te vinden op onze website, www.nza.nl. Bovendien publiceren wij onze regelgeving in de Staatscourant of doen wij daar mededeling van en leggen wij deze ter inzage op ons kantoor in Utrecht.

1.2 Doel van dit rapport

Met dit rapport informeren wij de minister van VWS en het Zorginstituut over ons toezicht op de zorgverzekeraars op het gebied van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en transparantie.

Wij willen een zo actueel mogelijk beeld geven. Daarom richten wij ons niet alleen op verslagjaar 2014, maar schenken wij ook veel aandacht aan ontwikkelingen en onderzoeken in 2015.

1.3 Focus

Burgers moeten erop kunnen vertrouwen dat zorgmarkten goed werken en dat zorgverzekeraars zich houden aan hun verplichtingen. Met ons toezicht beschermen wij de belangen van de consument. Zoals het recht op toegankelijke en betaalbare zorg. Wij grijpen in als deze belangen in het geding komen.

Wij baseren onze toezicht- en handhavingsactiviteiten op door ons gesignaleerde risico's en mogelijke problemen. Met als doel om deze problemen te voorkomen en zo nodig effectief en doelmatig op te lossen (probleemgestuurd toezicht).

---

[1] Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2014 - Deel 2, onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico'.

Door data- en risicoanalyses maken wij goede keuzes voor toezichtprioriteiten. Voor onze analyses richten wij ons op de belangrijkste problemen in de zorg. Dit is een dynamisch proces: door actuele ontwikkelingen kunnen prioriteiten veranderen.

Principle based

Met ons toezicht willen wij bereiken dat alle partijen in de zorg hun rol goed vervullen. Zodat zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) met eigen initiatieven komen en zich uit zichzelf aan de regels houden. Het is dan niet nodig dat wij naleving afdwingen door handhavend op te treden.

We willen bijvoorbeeld minder tot in detail voorschrijven hoe controles moeten worden uitgevoerd, daar waar mogelijk meer formuleren vanuit het doelbereik en tegelijkertijd normen formuleren die duidelijk en transparant zijn. Dit is eerder aangekondigd als een meer 'principle based' vorm van toezicht. De stappen die wij daarin kunnen en willen zetten zijn mede afhankelijk van de wijze waarop zorgverzekeraars hun wettelijke taken uitvoeren.

De focus van onze toezichtactiviteiten ligt vooral op (mogelijke) problemen met de grootste impact voor de burger. Dit zijn onderwerpen waar wij relatief veel signalen over ontvangen of die naar voren komen uit onze risicoanalyses. Voorbeelden zijn zorgplicht en transparantie. Wij verwijzen naar hoofdstuk 4 en 5 en 7 voor meer informatie over onze bevindingen in 2014-2015 op het gebied van zorgplicht en transparantie.

Ons toezicht is vooral proactief en probleemgericht. Hiertoe doen wij zelf actief onderzoek. Zoals bij het toezicht op de zorgplicht. Daarnaast houden wij reactief toezicht. Hierbij reageren wij op ontvangen signalen. Zoals bij het verbod op premiedifferentiatie.

Op verschillende manieren controleren wij of zorgverzekeraars zich daadwerkelijk houden aan hun verplichtingen. Niet alleen door het uitvoeren van eigen onderzoek maar ook door het analyseren van ontvangen signalen, meldingen en overige informatie. Het jaarlijkse uitvoeringsverslag van de individuele zorgverzekeraars is voor ons toezicht een belangrijke informatiebron. Zorgverzekeraars verantwoorden zich hierin, voorzien van bestuursverklaring en accountantsrapportage, over de uitvoering van de Zvw.

Daarnaast volgen wij via een jaarlijkse marktscan de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Voor meer informatie over deze marktscan verwijzen wij naar paragraaf 6.1 van dit rapport.

Wij betrekken zorgverzekeraars steeds bij onze totstandkoming van onze regels. Bijvoorbeeld door hen te consulteren en door het organiseren van stakeholdersbijeenkomsten. Als de NZa overgaat tot het opleggen van maatregelen worden partijen gehoord.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 is de inleiding en beschrijft het doel en de focus van dit rapport.

Hoofdstuk 2 bevat algemene informatie over ons toezicht op de zorgverzekeraars. Zo gaan wij uitgebreid in op signalen en bespreken wij de uitvoeringsverslagen en statuten van de zorgverzekeraars. Bovendien gaan wij in op ons relatiebeheer.

Hoofdstuk 3 gaat over de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars op het gebied van acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie.

Hoofdstuk 4 heeft als onderwerp de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Wij bespreken de zorgplicht voor cruciale zorg en farmacie. Aan de hand van een aantal recente casussen geven wij voorbeelden van praktijksituaties waarbij problemen met de zorgplicht dreigden te ontstaan.

Hoofdstuk 5 besteedt aandacht aan ons toezicht op het gebied van transparantie van de zorgverzekeraars. Met informatie over onze onderzoeken naar de transparantie van zorgkosten en vergelijkingssites.

Hoofdstuk 6 bespreekt ons toezicht op de modelovereenkomsten. Wij geven algemene informatie over de markt voor zorgverzekeringen en specifieke informatie over ons beoordelingsproces en toezicht.

Hoofdstuk 7 geeft een overzicht van ontwikkelingen en toezichtonderzoeken in de eerste drie kwartalen van 2015. Deze onderzoeken raken rechtstreeks het consumentenbelang. Zoals ons onderzoek naar de invloed van de aanvullende verzekering en het onderzoek naar wachttijden voor GGZ.

2. Toezicht op de zorgverzekeraars

2.1 Inleiding

Wij houden toezicht op de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. We zien er op toe dat zorgverzekeraars zich houden aan hun (wettelijke) verplichtingen en voldoende rekening houden met de belangen van burgers.

In ons toezicht maken wij gebruik van diverse bronnen. We kiezen jaarlijks onze prioriteiten op basis van eigen risicoanalyses, de jaarlijkse uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars, signalen van burgers en uit de media en gesprekken met consumentenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, collega-toezichthouders en het ministerie van VWS. Daarnaast doen we eigen onderzoek.

2.2 Signalen

De NZa ontvangt voortdurend vragen, meldingen en klachten van burgers(organisaties), zorgaanbieders, zorgverzekeraars, media, politieke partijen of andere toezichthouders. De meeste meldingen komen binnen via ons digitale meldpunt op www.nza.nl. Daarnaast ontvangen wij ook meldingen via onze Informatielijn, signalenmailbox of via het Verzamelpunt Zorgfraude. Anoniem melden is ook mogelijk.

Consumentenbelang

Bij de uitoefening van haar toezicht neemt de NZa steeds in ogenschouw of er een algemeen consumentenbelang wordt gediend en op welke wijze dat het beste mogelijk is. Daarbij kijkt de NZa naar de voordelen voor drie consumentenbelangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Voor individuele consumentenproblemen zijn er laagdrempelige instanties. Burgers kunnen zich voor hun specifieke klachten richten tot instanties zoals de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de Consumentenbond.

Meldingen kunnen een signaal zijn over een ongewenste situatie in de zorg. Signalen zijn belangrijk voor ons, omdat deze laten zien waar problemen en risico's zitten. Zo kunnen wij goede keuzes maken in ons toezicht. En onze inzet met een slimme aanpak richten op de belangrijkste problemen.

Signalen dragen niet alleen bij aan het bepalen van onze prioriteiten maar leveren in sommige gevallen ook concrete aanwijzingen op van overtredingen. Bijvoorbeeld van mogelijke zorgfraude. Samenwerking en afstemming met het Openbaar Ministerie en met andere toezichthouders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is hierbij van groot belang.

Verzamelpunt Zorgfraude

Sinds 2013 neemt de NZa deel aan het Verzamelpunt Zorgfraude. Alle aangesloten organisaties melden hier hun signalen over mogelijke fraude. De NZa zorgt dat deze vervolgens terecht komen bij de organisatie die bevoegd is om de signalen in behandeling te nemen.

Wij registeren ieder signaal. Het grootste deel van de signalen zetten wij door naar lopende projecten. Binnen deze projecten beoordelen wij of wij actie zullen ondernemen en zo ja, op welke manier dat het beste kan.

In onderstaande tabel staan de aantallen signalen over ziektekostenverzekeraars (dus inclusief aanvullende verzekeringen) voor de jaren 2010 tot en met 2014.

Tabel 1 Signalen over ziektekostenverzekeraars

Toezichtgebied	2010	2011	2012	2013	2014
Ziektekostenverzekeraars	69	35	182	311	348

Bron: Database signalen, peildatum: januari 2015

Signalen 2014

In 2014 ontvingen wij 348 signalen over ziektekostenverzekeraars. Dit zijn zowel signalen over de zorgverzekering (ook wel basisverzekering genoemd) als over de aanvullende verzekering.

Hiermee is het aantal signalen over ziektekostenverzekeraars het afgelopen jaar licht toegenomen.

Vergeleken met 2013 (311 signalen) hebben wij in 2014 (348 signalen) bijna 12 procent meer signalen ontvangen. In 2013 was de stijging van het aantal signalen (ten opzichte van 2012) nog ruim 70 procent.

Wel merken wij dat bij burgers het bewustzijn over de kosten van zorg is gestegen. Dat vinden wij positief.

In 2014 ontvingen wij 183 signalen over zorgverzekeraars (basisverzekering). In 2015 zijn wij overgegaan op een andere wijze van registreren van de signalen.

Signalen over zorgaanbieders die ook betrekking hebben op (de rol van) zorgverzekeraars, nemen wij mee in ons toezicht op de zorgverzekeraars. Steeds vaker leggen wij dergelijke signalen terug bij zorgverzekeraars. Zo nodig gaan wij na of zorgverzekeraars vervolgens voldoende actie ondernemen.

Onderwerpen

287 van de in totaal 348 signalen gingen over de onderwerpen in dit rapport. De meeste signalen gingen over transparantie (114) en zorgplicht (29). De overige signalen (146) betroffen diverse andere onderwerpen die van belang zijn voor dit rapport, zoals de naleving van de privacyregeling GGZ op het gebied van het (niet) vermelden van tot de diagnose herleidbare gegevens door zorgverzekeraars.

Veel signalen komen voort uit onduidelijke informatieverstrekking aan de verzekerde of patiënt. Daarom staan veel van deze signalen vaak ook in verband met het onderwerp transparantie.

Binnen de NZa lopen meerdere projecten om transparantie in de zorg te verbeteren. Hierbij besteden wij ook veel aandacht aan de informatieverstrekking aan verzekerden en patiënten.

Voor meer informatie over onze toezichtactiviteiten en bevindingen op het gebied van transparantie verwijzen wij naar hoofdstuk 5 en 7 van dit rapport.

Privacy GGZ

Een opvallend thema bij de overige signalen is het recht op privacy bij declaraties in de GGZ. Zo'n 5 procent van deze signalen heeft betrekking op dit onderwerp.

Als verzekerden gebruik maken van de privacyregeling dan hoeven zorgaanbieders op de declaraties voor specialistische GGZ geen diagnose informatie, dan wel tot de diagnose te herleiden informatie, te vermelden. Wij ontvingen in 2014 diverse signalen dat zorgverzekeraars nog regelmatig declaraties voor GGZ afwijzen als een diagnosecode ontbreekt.

De privacyregeling GGZ[2] bestaat al sinds 2012. Uit de signalen blijkt dat er nog steeds onduidelijkheid is over de correcte toepassing van de privacyregels.

Wij hebben in 2014 enkele klachten gekregen van brancheorganisaties uit de GGZ over de onjuiste toepassing door zorgverzekeraars van de mogelijkheid voor een verzekerde om een factuur zonder medische informatie aan te laten leveren aan de zorgverzekeraar (opt-out regeling). In reactie hierop hebben we medio 2014 alle zorgverzekeraars een brief gestuurd. Daarin hebben we de regeling toegelicht en alle zorgverzekeraars hebben bevestigd daar naar te handelen. Uit signalen blijken er nog steeds knelpunten te bestaan en in 2015 zijn we een onderzoek gestart. De uit de signalen naar voren komende speerpunten gebruiken we bij de opzet van het onderzoek. Deze speerpunten zijn de correcte toepassing van de opt-outregeling, het structureel opvragen van verwijsbrieven (al dan niet met medische informatie) en het gebruik van machtigingen.

Bij de overige signalen zitten ook vragen of opmerkingen over het zorgsysteem. Veel van deze vragen heeft onze Informatielijn direct kunnen beantwoorden. Andere vragen zijn intern uitgezet en later aan de melder teruggekoppeld. Waar nodig is het de melders aangeraden om hun melding of klacht in te dienen bij de IGZ of de SKGZ.

Signalen over administratieve fouten

Administratieve fouten bij zorgverzekeraars kunnen soms vervelend uitpakken voor verzekerden. Voorbeelden zijn dat er een fout gemaakt is bij een declaratie, dat bedragen onterecht worden afgeschreven via automatische incasso of dat een verzekerde (onterecht) als wanbetaler wordt aangemerkt. Op het proces wanbetalers komen we terug in ons samenvattend rapport deel 2.

Voor meer informatie over de belangrijkste signalen verwijzen wij naar de hoofdstukken 3 tot en met 6 van dit rapport.

[2] Zie voor meer informatie over de privacyregeling het 'Rapport Evaluatie Privacyregeling GGZ Uitzonderingsartikel in geval van privacybezwaren' van juli 2013.

Elk jaar maken wij een concreet en gedetailleerd overzicht van de signalen die wij een jaar eerder ontvingen. Voorheen in een jaarrapport en vanaf 2014 in een praktische Factsheet[3].

Factsheet Signaaltoezicht 2014
In deze Factsheet staan de kerngegevens van de in 2014 door ons ontvangen signalen. Ook geven wij een overzicht van onze acties en de getroffen concrete handhavingsmaatregelen.

2.3 Uitvoeringsverslagen

Op grond van artikel 38 Zvw moeten zorgverzekeraars elk jaar (voor 1 juli) een uitvoeringsverslag aan ons toesturen. Inclusief bijbehorend accountantsrapport en ondertekende bestuursverklaring. In de bestuursverklaring verklaart het bestuur of de directie van de zorgverzekeraar dat het uitvoeringsverslag juist is en niet in strijd met andere informatie.

Als leidraad voor de inrichting voor het uitvoeringsverslag publiceren wij jaarlijks een informatiemodel[4] voor het uitvoeringsverslag van de zorgverzekeraars. Voor de kenbaarheid van onze regelgeving publiceren wij dit informatiemodel niet alleen op de website van de NZa maar ook in de Staatscourant.

Met het uitvoeringsverslag verantwoorden zorgverzekeraars zich over de uitvoering van de Zvw in het afgelopen jaar. Een aantal zorgverzekeraars publiceert daarnaast (op de eigen website) ook een maatschappelijk jaarverslag. Het maatschappelijk verslag is meer gericht op de consument.

Wij gaan na of het uitvoeringsverslag voldoet aan de formele eisen. Zoals het tijdig indienen met ondertekende bestuursverklaring en accountantsrapport.
Daarnaast analyseren wij de inhoud van de uitvoeringsverslagen op de onderwerpen zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie. Uit deze analyse blijkt dat zorgverzekeraars in hun uitvoeringsverslag over het algemeen een positief beeld schetsen over de wijze waarop zij hun wettelijke verplichtingen naleven. Uit eigen onderzoek komen echter aandachtspunten naar voren. Wij vinden dat de zorgverzekeraars een werkelijkheidsgetrouw beeld van de uitvoering van de wettelijke taken moeten geven. Wij zullen de zorgverzekeraars erop attenderen dat in de bestuursverklaring bij het uitvoeringsverslag is vastgelegd dat de informatie in het UV juist en volledig is en daarmee een werkelijkheidsgetrouw beeld moet geven.

Zie voor bovengenoemde analyses hoofdstuk 3 en 4 van dit rapport.

[3] 'Factsheet Signaaltoezicht over 2014' van mei 2015.
[4] Verantwoordingsjaar 2014: 'Informatiemodel UV zorgverzekeraars 2014', Staatscourant 2014, nr. 18824, 8 juli 2014.
Verantwoordingsjaar 2015: 'Informatiemodel uitvoeringsverslag Zvw 2015 met oplevering in 2016', Staatscourant 2014, nr. 37902, 31 december 2014.

Accountantscontrole

De (externe) accountant van de zorgverzekeraar onderzoekt of het uitvoeringsverslag voldoet aan wet- en regelgeving en aan de verantwoordingseisen uit het Informatiemodel. De accountant legt de uitkomsten vast in een rapport van feitelijke bevindingen.

Onder voorwaarden mag ook een interne accountant het rapport van bevindingen opstellen (interne certificering). Voor 2014-2015 hebben twee concerns van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Wij analyseren de bevindingen van de accountant en betrekken de uitkomsten bij vervolgonderzoek. Bij tekortkomingen ondernemen wij actie richting de betreffende zorgverzekeraar.

In 2015 hebben alle zorgverzekeraars de informatie over 2014 tijdig en op de voorgeschreven wijze aan ons toegestuurd. Dus met een door bestuur of directie ondertekende bestuursverklaring en een accountantsrapport.

In geen enkele bestuursverklaring staan aanvullende opmerkingen. De accountants hebben ook geen opmerkingen over de bestuursverklaringen.

Volgens de accountants hebben alle zorgverzekeraars de informatie juist weergegeven. Bij de meeste zorgverzekeraars geeft de accountant expliciet aan dat de niet-financiële informatie verenigbaar (of niet strijdig) is met de financiële informatie.

Bij twee zorgverzekeraars maakt de accountant in het rapport van bevindingen wel een aantal opmerkingen. Bijvoorbeeld over klachtbehandeling en de continuïteit van cruciale zorg. Voor een aantal punten heeft de accountant niet vast kunnen stellen of deze zorgverzekeraars hieraan voldoen. Wij gaan dit na en nemen de uitkomsten zo nodig mee bij vervolgonderzoek.

Alle overige uitvoeringsverslagen over 2014 voldoen volgens de accountants volledig aan de verantwoordingsvoorschriften.

2.4 Statuten zorgverzekeraars

Statuten zorgverzekeraars

- voorzien in toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de daarmee verbonden onderneming;
- bieden waarborgen voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid;
- sluiten iedere verplichting van verzekeringnemers, verzekerden, gewezen verzekeringnemers en gewezen verzekerden tot het doen van een bijdrage in tekorten van de rechtspersoon uit.

Als onderdeel van ons toezicht beoordelen wij de statuten van zorgverzekeraars. Bij nieuwe toetreders op het moment dat deze een zorgverzekering willen aanbieden. Bij de overige zorgverzekeraars alleen als de statuten wijzigen. In 2014 was beide niet aan de orde.

Onze beoordeling beperkt zich op dit moment tot de eisen die artikel 28 lid 1 van de Zvw aan deze statuten stelt. Als zorgverzekeraars niet voldoen aan deze eisen dan spreken wij hen daar op aan. Op basis van hoofdstuk 6 Wmg kunnen wij zo nodig handhavend optreden.

2.5 Invloed verzekerden

In december 2014 verwierp de Eerste Kamer het wetsvoorstel tot wijziging van de Wmg en enkele andere wetten.[5] De parlementaire behandeling en de motie Kuiper[6] waren aanleiding om het bereiken van een goede machtsbalans tussen verzekerden en zorgverzekeraars meer centraal te stellen.

Motie Kuiper

Volgens de motie Kuiper moet de verzekerdeninvloed vooral bestaan uit:

- medezeggenschap over het concernbeleid;
- het zorginkoopbeleid;
- de samenstelling van de raad van toezicht van de zorgverzekeraar;
- toekennen van bepaalde rechten aan ledenraden om namens de aangesloten verzekerden effectief invloed uit te kunnen oefenen.

Stem verzekerden

Begin december 2014 heeft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) het rapport 'De stem van verzekerden' uitgebracht. Dit rapport is ook beschikbaar via http://www.rvz.net.

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het rapport:

- Zorgverzekeraars moeten hun legitimiteit versterken door verzekerden meer te betrekken bij zorginkoopproces;
- Zorgverzekeraars kunnen hun ledenraad beter betrekken;
- Zorgverzekeraars kunnen meer concurreren op het gebied van kwaliteit;
- Toezichthouders (De Nederlandsche Bank (DNB) en NZa) zijn te veel gericht op betaalbaarheid en financiële stabiliteit. Zij zouden zich meer kunnen richten op kwaliteit. Daarnaast is er een groot verschil in de manier van toezichthouden. Waar de NZa meer rule based zou werken, staan bij DNB veranderingen in gedrag centraal.

Wij zullen deze en andere aanbevelingen uit dit rapport meenemen in onze toezichtactiviteiten.
Het ministerie van VWS heeft een wetsvoorstel in voorbereiding dat leidend zal zijn voor de verdere invulling van ons toezicht op de invloed van verzekerden.

[5] Kamerstukken II 2011/12, 33 362, nr. 2.
[6] Kamerstukken I 2014/15, 33 362, N.

2.6 Relatiebeheer

Voor ons relatiebeheer spreken wij ieder jaar met het bestuur of de directie van alle zorgverzekeraars. Deze gespreksronde staat los van ons reguliere onderzoek naar de uitvoering van de Zvw. Ook hebben wij regelmatig overleg met andere toezichthouders zoals DNB.

Gespreksronde zorgverzekeraars

Een goed contact met de zorgverzekeraars is voor ons van groot belang. Daarom gaan wij jaarlijks (op concernniveau) met zorgverzekeraars in gesprek. Wij bespreken niet alleen algemene ontwikkelingen in het zorgstelsel maar ook meer specifieke zaken bij de individuele zorgverzekeraar.

Deze gesprekken geven een goed beeld over hoe zorgverzekeraars inspelen op nieuwe ontwikkelingen en veranderingen in wet- en regelgeving. Zorgverzekeraars geven tijdens deze gesprekken ook aan welke knelpunten zij ervaren en wat zij van ons verwachten.

In 2014 hebben wij (net als in 2013) met de zorgverzekeraars vooral gesproken over contractering van zorgaanbieders en de voorbereiding op de Wlz.

De zorgverzekeraars gaven zelf aan dat in 2014 de contractering over het algemeen goed is verlopen. Ook slagen zij er steeds beter in om de onderhandelingen sneller af te ronden. De contractering is dan tijdig voor de start van het nieuwe polisjaar afgerond.
Tegelijkertijd ontvangen wij echter veel klachten van zorgaanbieders over het contracteerproces met zorgverzekeraars. In 2015 hebben wij een nieuwe regeling gemaakt voor het zorginkoopproces met als doel de transparantie van het zorginkoopproces te vergroten. Zie verder paragraaf 7.8.

In 2014 waren zorgverzekeraars nog druk bezig om hun interne processen en automatiseringssystemen aan te passen voor de start van de Wlz. De NZa heeft tijdens de gesprekken aandacht gevraagd voor de wijziging in verantwoordingsstructuur die de Wlz meebrengt.

Andere gespreksonderwerpen waren onder meer de financiële situatie van zorgaanbieders, overstapperiode, risicoselectie, zorgfraude en controleactiviteiten.

Overleg NZa-DNB

DNB en de NZa houden beiden toezicht op de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars.

DNB houdt toezicht op de financiële soliditeit en een beheerste en integere bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. De primaire taak van DNB is om polishouders te beschermen tegen insolventie van hun (zorg)verzekeraar.

Dit heeft raakvlakken met ons toezicht op de specifieke bedrijfsvoering van zorgverzekeraars bij de uitvoering van de Zvw. Daar waar mogelijk werken wij samen om elkaars optreden (vanuit de eigen taken en bevoegdheden) te versterken. Hierover is regelmatig gezamenlijk overleg.

De gesprekken met DNB gaan over financiële verantwoordingen en onze toezichtactiviteiten. Ook bespreken wij actuele ontwikkelingen, zoals de toetreding van nieuwe zorgverzekeraars, en wisselen wij inzichten en compliancebeelden over zorgverzekeraars uit vanuit ons beider invalshoek.

Sinds 2006 hebben DNB en de NZa de afspraken over samenwerking vastgelegd in een samenwerkingsprotocol[7]. Met bijvoorbeeld afspraken over afstemming bij het toezicht op de zorgverzekeraars.

Regelmatig wordt bekeken of er aanleiding is om het protocol aan te passen. Na een eerste herziening in 2011 is het protocol per november 2014 op twee punten gewijzigd:

- Artikel 5: hier is aangegeven wanneer DNB en de NZa elkaar bij een voorgenomen handhavingsmaatregel om een zienswijze vragen.
- Artikel 10: een directielid van DNB kan zich in het bestuurlijk overleg met de NZa laten vertegenwoordigen door een divisiedirecteur.

In de eerste helft van 2015 is het protocol aangepast op de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz).

De wijzigingen zijn beperkt omdat DNB en de NZa beide van mening zijn dat het protocol op hoofdlijnen goed functioneert.

[7] 'Protocol tussen de Nederlandsche Bank N.V. en de Nederlandse Zorgautoriteit' van 20 december 2006. De laatste versie is van 24 juni 2015.

3. Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie

3.1 Inleiding

Zorgverzekeraars moeten zich houden aan een aantal wettelijke verplichtingen zoals de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Wij houden hier toezicht op. Centraal bij ons toezicht staat het algemeen consumentenbelang: de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie vertonen veel samenhang. Daarom bespreken wij deze onderwerpen in een gezamenlijk hoofdstuk.

Wij maken ons zorgen over bepaalde ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Zoals het sturen van verzekerden en risicoselectie. In 2015 zijn wij daarom verder gegaan met de acties waarmee wij in 2014 zijn gestart.
De uitkomsten van de onderzoeken 2015 zijn ook van belang voor de conclusie die we aan het einde van dit hoofdstuk trekken over de naleving van de acceptatieplicht. Daarom zijn deze uitkomsten betrokken in de conclusie van dit hoofdstuk, met een verwijzing naar meer informatie in hoofdstuk 7 dat over de activiteiten in 2015 gaat.

3.2 Acceptatieplicht

Op basis van artikel 3 Zvw moeten zorgverzekeraars elke verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hen af wil sluiten hiervoor ook accepteren.

> **Signalen acceptatieplicht**
> Op het gebied van de acceptatieplicht ontvingen wij in 2014 alleen een aantal signalen en vragen over aanvullende verzekeringen.
>
> Wij hoorden vooral dat verzekerden geweigerd zijn of dat zij voor een aanvullende polis een duurder aanbod kregen. Verzekerden waren het hier niet mee eens.

Zorgverzekeraars hebben alleen een acceptatieplicht voor de wettelijk verplichte zorgverzekering (basisverzekering). De acceptatieplicht geldt niet voor de vrijwillige aanvullende verzekering. Hierdoor is bij de ontvangen signalen geen sprake van een directe overtreding van de acceptatieplicht. Indirect kan echter wel sprake zijn van een belemmering van de toegang tot de basisverzekering via de aanvullende verzekering. Dit kan leiden tot risicoselectie door zorgverzekeraars. Dat vinden wij ongewenst. Of dit voorkomt, wordt betrokken bij het vervolgonderzoek risicoselectie, zie kader Vervolgacties.

In 2013 hebben wij een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de naleving van de acceptatieplicht. Dit onderzoek is in mei 2014 gepubliceerd. Uit dat onderzoek volgden geen indicaties dat zorgverzekeraars niet voldeden aan de acceptatieplicht. Wel signaleerden wij een aantal mogelijke risico’s voor de toegang tot de basisverzekering.

Zoals sturingsmogelijkheden door volmachten, verschillende inschrijvingseisen voor verschillende groepen verzekerden en sturing via de aanvullende verzekering.

Ook in 2014 en 2015 hebben wij extra aandacht besteed aan de acceptatieplicht. Onder meer naar aanleiding van de door ons ontvangen signalen ook op het gebied van transparantie.

Vervolgacties acceptatieplicht

In de eerste helft van 2015 hebben wij onderzoek gedaan naar volmachten en naar de verhouding tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Bovendien zijn wij in 2015 gestart met een onderzoek naar risicoselectie.

Voor meer informatie over deze onderzoeken verwijzen wij naar paragraaf 7.2 tot en met 7.4 van dit rapport.

3.3 Uitvoeringsverslagen en acceptatieplicht

Wij hebben alle uitvoeringsverslagen en accountantsrapporten over 2014 beoordeeld. Zorgverzekeraars rapporteren in de uitvoeringsverslagen uitgebreid over de uitvoering van de Zvw.

In deze paragraaf bespreken wij onze belangrijkste bevindingen voor het onderdeel acceptatieplicht.

Zorgverzekeraars moeten zich in hun uitvoeringsverslag jaarlijks verantwoorden over de naleving van de acceptatieplicht. In deze verantwoording geven zorgverzekeraars aan hoeveel verzekerden zij jaarlijks weigeren en wat de weigeringsgronden zijn. Weigeren is alleen toegestaan op basis van een aantal wettelijke weigeringsgronden. Bijvoorbeeld als een verzekerde al een zorgverzekering heeft.

Weigeringsgronden:

- betalingsachterstand;
- opzettelijke misleiding (fraude);
- bestaande zorgverzekering;
- geen rechtsgrond

Een betalingsachterstand is voor zorgverzekeraars de belangrijkste reden om verzekerden te weigeren. Andere veel voorkomende weigeringsgronden zijn dat verzekerden al zijn verzekerd of dat er geen geldige rechtsgrond bestaat. Dit laatste komt vooral voor bij buitenlandse studenten die niet verzekeringsplichtig zijn of bij verzekerden die geen geldig burgerservicenummer hebben. In een heel enkel geval worden verzekerden ook geweigerd in verband met fraude.

Collectiviteiten

Bij een collectieve zorgverzekering kan de zorgverzekeraar korting geven. Een groot deel van de zorgverzekeraars maakt gebruik van collectiviteiten. Collectiviteiten kunnen een acceptatiebeleid voeren. Een werkgeverscollectiviteit kan bijvoorbeeld alleen worden afgesloten door de werknemer en zijn gezin. Een collectiviteit van een vereniging of bond eist bijvoorbeeld dat je lid bent. Doordat collectiviteiten acceptatievoorwaarden kunnen hanteren, is het mogelijk om een doelgroepenbeleid te voeren. Uit het onderzoek naar de naleving van de acceptatieplicht uit april 2014 bleek dat gelegenheidscollectiviteiten zich dikwijls richten op specifieke doelgroepen zoals jongeren, vrouwen of gezinnen.

Zorgverzekeraars verantwoorden zich in hun uitvoeringsverslag ook over doelgroepencollectiviteiten. Een aantal zorgverzekeraars maakt collectiviteitsafspraken voor specifieke doelgroepen. Deze collectiviteiten zijn in een aantal gevallen alleen toegankelijk voor de betreffende doelgroep. Dit zijn bijvoorbeeld collectiviteiten die zich richten op minima of uitkeringsgerechtigden van gemeentes.

Enkele zorgverzekeraars hebben aangegeven het gebruik van de doelgroepcollectiviteiten te willen afbouwen.

Uit de analyse van de uitvoeringsverslagen en onze overige werkzaamheden en onderzoeken komen geen signalen naar voren die duiden op overtredingen van de acceptatieplicht. Uit de uitvoeringsverslagen volgen ook geen andere bijzonderheden op het gebied van de acceptatieplicht.

3.4 Verbod premiedifferentiatie

Op basis van artikel 17 Zvw moeten zorgverzekeraars voor elke variant van de zorgverzekering voor alle verzekerden dezelfde premiegrondslag hanteren.

De premiegrondslag is de premie zonder eventuele collectiviteitskorting en zonder korting voor een vrijwillig (hoger) eigen risico. Uitsluitend in die gevallen mag de zorgverzekeraar een korting geven op de premiegrondslag.

De maximaal toegestane korting bij deelname aan een collectiviteit is tien procent.

Voor een vrijwillig eigen risico gelden geen vaste kortingsbedragen of percentages. De zorgverzekeraar kan de hoogte van de korting zelf bepalen. Het vrijwillig eigen risico is voor een verzekerde van achttien jaar of ouder maximaal 500 euro. Bij de meeste zorgverzekeraars kunnen verzekerden ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300 of 400 euro. Voor polisjaar 2015 is het maximale eigen risico 875 euro. Dat is 375 euro verplicht en 500 euro vrijwillig eigen risico.

Daarnaast mogen zorgverzekeraars korting geven op de te betalen premie. De premiegrondslag blijft dan gelijk maar het te betalen bedrag kan lager uitvallen. Veel zorgverzekeraars geven bijvoorbeeld een betalingskorting als verzekerden de premie (jaarlijks) vooraf betalen. Een welkomstkorting voor nieuwe verzekerden is ook een bekend voorbeeld van een betalingskorting.

Betalingskortingen

Al enkele jaren volgen wij de betalingskortingen van zorgverzekeraars. In 2015 zijn wij gestart met het inventariseren van acties en kortingen die zorgverzekeraars aanbieden. Begin 2015 hebben wij hiervoor een uitvraag gedaan.

Wij hebben de data geanalyseerd. De uitkomsten hebben wij in september 2015 bekend gemaakt in het tweede deel van de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015. Voor meer informatie over deze marktscan verwijzen wij naar paragraaf 6.1 van dit rapport.

In 2014 ontvingen wij (net als in 2013) geen signalen dat zorgverzekeraars het verbod op premiedifferentiatie zouden hebben overtreden.

Premie 2015

Eind september 2014 maakte de eerste zorgverzekeraar de premie voor 2015 bekend. Deze premie was gelijk aan de premie voor polisjaar 2014.

Voor 2014 hadden veel zorgverzekeraars hun premies niet verhoogd om hoge winsten te compenseren. In 2015 zijn de premies weer licht gestegen.[8]

3.5 Uitvoeringsverslagen en premiedifferentiatie

Zorgverzekeraars moeten zich in hun uitvoeringsverslag jaarlijks verantwoorden over premiedifferentiatie. Alle zorgverzekeraars geven aan dat zij het verbod op premiedifferentiatie naleven.

Zorgverzekeraars verantwoorden zich in de uitvoeringsverslagen ook over het gebruik van premiekortingen. Op grond van de Zvw zijn slechts twee kortingen op de premiegrondslag toegestaan. Dit zijn de collectiviteitskorting en de korting voor het vrijwillig eigen risico. Zorgverzekeraars maken (op één na) allemaal gebruik van collectiviteitskortingen. Ook bieden alle zorgverzekeraars kortingen aan voor het vrijwillig eigen risico.

De wetgever heeft niets geregeld voor kortingen op de te betalen premie. Uit de wetsgeschiedenis volgt dat kortingen en toeslagen op de te betalen premie mogelijk zijn als deze niet gedifferentieerd worden naar bepaalde persoonskenmerken zoals leeftijd of ziekterisico.

Uit de uitvoeringsverslagen blijkt dat alle zorgverzekeraars een korting geven voor betaling per kwartaal of (half)jaar. Deze kortingen variëren van een half tot drie procent. Een enkele zorgverzekeraar hanteert een toeslag voor betalingsachterstand. Verder geven zorgverzekeraars in hun uitvoeringsverslag aan dat zij geen gebruik maken van kortingen op de te betalen premie. Dit beeld wijkt af van eerdere jaren. Toen werden geregeld (welkomst)kortingen gegeven.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om zich te verantwoorden over betalingskortingen maar het is transparant als zij dit wel doen. Daarom hebben wij dit punt in 2015 toegevoegd aan ons Informatiemodel.

[8] 'Marktscan en brief Zorgverzekeringsmarkt 2015 – deel B' van september 2015.

Ter verduidelijking hebben wij de uitvraag over kortingen op de verschuldigde premie nader gespecificeerd.

Informatiemodel uitvoeringsverslag Zvw 2015

B Naleving van het verbod op premiedifferentiatie

- expliciete vermelding of het verbod op premiedifferentiatie wordt nageleefd;
- vermelding van eventuele kortingen die de zorgverzekeraar verstrekt, specifiek:
    - kortingen op de premiegrondslag voor collectiviteiten en voor vrijwillig eigen risico;
    - kortingen op het verplicht en/of vrijwillig eigen risico;
    - kortingen op de verschuldigde premie, zoals: welkomstkortingen of cadeaus/kortingen voor vooruitbetaling van de premie/overige kortingen op de verschuldigde premie/overige acties.

Uit de analyse van de uitvoeringsverslagen en uit onze overige werkzaamheden volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars het verbod op premiedifferentiatie overtreden.

3.6 Conclusie

In 2013 hebben wij een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de naleving van de acceptatieplicht. Dit onderzoek is in mei 2014 gepubliceerd. Uit dat onderzoek volgden geen indicaties dat zorgverzekeraars niet voldeden aan de acceptatieplicht.

Wel signaleerden wij een aantal mogelijke risico's voor de toegang tot de basisverzekering. Zoals sturingsmogelijkheden door volmachten, verschillende inschrijvingseisen voor verschillende groepen verzekerden en sturing via de aanvullende verzekering.
Daarom en naar aanleiding van door ons ontvangen signalen hebben wij ook in 2014 en 2015 extra aandacht besteed aan de acceptatieplicht.

In de conclusie over de acceptatieplicht hebben we ook een aantal onderzoeken uit 2015 meegenomen. Die onderzoeken staan uitgebreider beschreven in hoofdstuk 7.

Uit de analyse van de uitvoeringsverslagen 2014 komen geen signalen naar voren die duiden op overtredingen van de acceptatieplicht.

De NZa heeft geen indicaties dat zorgverzekeraars het verbod op premiedifferentiatie overtreden.

In de eerste helft van 2015 hebben wij onderzoek gedaan naar volmachten en naar de verhouding tussen de zorgverzekering (basisverzekering) en de aanvullende verzekering. Uit ons onderzoek komt naar voren dat de risico's voor de acceptatieplicht als gevolg van het werken met volmachten zeer beperkt zijn (zie paragraaf 7.2)

Uit het begin 2015 uitgevoerde bureauonderzoek naar mogelijk ongewenste sturing van verzekerden voor de basisverzekering via de aanvullende verzekering komen een aantal mogelijke vormen van sturing naar voren. Zie ook paragraaf 7.3. Die vormen van sturing zijn niet in strijd met de wet zijn en dus niet onrechtmatig. De NZa beoordeelt dit echter wel als (potentieel) schadelijk voor een goede werking van het zorgstelsel als dit meer voorkomt. Wij blijven de ontwikkelingen en signalen op dit gebied nauwgezet volgen, bijvoorbeeld via ons

(vervolg)onderzoek risicoselectie, en zullen zorgverzekeraars hier individueel en via ZN op aan spreken.

De NZa verricht onderzoek naar risicoselectie, zie paragraaf 7.4. Een tussenrapportage daarover is verschenen in juni 2015. De NZa verwacht het rapport over het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie in het eerste kwartaal van 2016 op te leveren. Afhankelijk van de uitkomsten van dat onderzoek zal de NZa aanbevelingen doen en zo nodig en zo mogelijk maatregelen nemen.

Verder treedt per 1 november 2015 de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004) in werking. Daarin is onder andere de verplichting opgenomen dat de zorgverzekeraar voor een door hem aangeboden modelovereenkomst verplicht is om alle verzekeringsplichtigen op dezelfde wijze de mogelijkheid te bieden tot inschrijving. Zie ook paragraaf 7.1.

4. Zorgplicht

4.1 Inleiding

De zorgplicht is neergelegd in artikel 11 van de Zvw. Op grond daarvan heeft de zorgverzekeraar de verplichting zijn verzekerden de zorg te leveren – natura genoemd - of de vergoeding van de kosten ervan te vergoeden en hen desgevraagd te bemiddelen naar zorg – restitutie genoemd. Dit is de zorgplicht van de zorgverzekeraar.

Deze zorgplicht is een van de belangrijkste waarborgen in ons zorgstelsel.

Het belang van de zorgplicht is groot. Als wachttijden worden overschreden of als de kwaliteit van de zorg niet goed is dan kan dit leiden tot een verslechtering van de gezondheid van verzekerden.

Bovendien biedt de zorgplicht een belangrijke tegenkracht (countervailing power) in het zorginkoopproces. Ook in 2014 en 2015 besteden wij daarom veel aandacht aan de zorgplicht.
De uitkomsten van de onderzoeken 2015 zijn ook van belang voor de conclusie die we aan het einde van dit hoofdstuk trekken over het voldoen aan de zorgplicht door zorgverzekeraars. Daarom zijn deze uitkomsten betrokken in de conclusie van dit hoofdstuk, met een verwijzing naar meer informatie in hoofdstuk 7 dat over de activiteiten in 2015 gaat.

Als de kwaliteit van zorg in geding komt of bij mogelijke problemen bij de continuïteit van zorg werken wij nauw samen met de IGZ. Bijvoorbeeld bij een (aanstaand) faillissement van een zorgaanbieder.

Treeknormen

Wij kijken niet alleen of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht maar gaan ook na of bestaande normen volstaan. Voor een aantal tijdigheidsnormen geldt dat deze algemeen zijn geformuleerd. Zoals de maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsector (Treeknormen). Deze Treeknormen komen tot stand in het Treekoverleg. Hier maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over aanvaardbare wachttijden (bron: http://www.zorgcijfers.nl/)

De algemene Treeknormen zijn niet altijd toepasbaar voor een specifieke zorgsoort. De NZa zet zich waar dat nodig is in om – met de daartoe relevante partijen - te komen tot nadere invulling van deze normen. Een voorbeeld is transgenderzorg. Wij hebben het veld opgeroepen om tijdigheidsnormen op te stellen.

4.2 Signalen zorgplicht

In 2014 ontvingen wij 29 signalen over zorgplicht. Deze signalen gebruiken wij als input voor ons probleemgericht toezicht. Als er veel signalen zijn over een bepaald onderwerp dan kan dat aanleiding zijn om nader onderzoek te doen.

Probleemgericht toezicht
Goed probleemgericht toezicht betekent dat problemen en risico's centraal staan in het denken en doen van de toezichtorganisatie

Ook via informatie uit onze marktscans en van patiëntenorganisaties ontvangen wij aanwijzingen over mogelijke risico's en problemen met de zorgplicht.

De meeste signalen die wij in 2014 ontvingen kwamen van transgenderpatiënten over de patiëntenstop van het VUmc. Zie paragraaf 4.6 voor meer informatie over dit onderwerp.

Ook kwamen relatief veel signalen binnen over het omzetplafond bij een zorgaanbieder dat halverwege 2014 was bereikt. Dit betekende dat verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar niet langer bij deze zorgaanbieder terecht konden. Hierdoor moesten verzekerden uitwijken naar een andere aanbieder of kregen zij te maken met langere wachttijden.

Bovendien ontvingen wij vanuit verschillende hoeken signalen over wachttijden voor de GGZ. Zie paragraaf 7.7 voor meer informatie over dit onderwerp.

4.3 Toezichtkader Zorgplicht

De NZa heeft de zorgplicht uitgewerkt in de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw). Hierna afgekort als Toezichtkader zorgplicht.

In het Toezichtkader zorgplicht gaan wij dieper in op hoe wij toezicht houden en op basis van welke normen. Zoals bijvoorbeeld de normen voor tijdigheid.

Afgelopen jaren is deze beleidsregel steeds geactualiseerd.
In 2014 is het Toezichtkader zorgplicht op twee punten aangepast (TH/BR-018). De nieuwe versie is per 1 januari 2015 in werking getreden.

Aanpassingen in 2014 waren het gevolg van:

3. De uitspraak van de Hoge Raad[9] over de hoogte van de vergoeding van zorg verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder.[10]
4. De nieuwe regeling meldplicht voor continuïteit van cruciale zorg.

4.4 Cruciale zorg

Voor de Zvw zijn ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang GGZ aangemerkt als cruciale zorg. Voor cruciale zorg geldt een speciale regeling omdat deze zorg zo belangrijk is dat deze altijd beschikbaar moet zijn.

[9] Uitspraak 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646.
[10] Zie ook paragraaf 5.7.

Zorgverzekeraars zijn als eerste verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg voor hun verzekerden. Als een zorgaanbieder failliet gaat dan kan de beschikbaarheid van zorg in gevaar komen. Met mogelijk grote gevolgen voor de zorgconsument.

Voor cruciale zorg zijn specifieke waarborgen ingebouwd voor de continuïteit van zorg. Alleen in het uiterste geval en alleen voor deze zorg kan de zorgverzekeraar bij de NZa een beroep doen op overmacht. De zorgverzekeraar is verplicht deze overmacht bij de NZa te melden. Wij toetsen dit beroep op overmacht en informeren het ministerie van VWS over de uitkomst. De minister van VWS kan een vangnetstichting oprichten om de continuïteit van de zorg te waarborgen. De NZa kan in bepaalde gevallen de vangnetstichting financieren door het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage.

In 2014 hebben wij onze beleidsregel 'Overmacht continuïteit van cruciale zorg' (TH/BR-017) aangepast aan de wijzigingen in de langdurige zorg. De beleidsregel geeft aan hoe zorgverzekeraars een situatie van overmacht bij ons kunnen melden en hoe wij dit toetsen.

De nieuwe versie van deze beleidsregel is per 1 januari 2015 in werking getreden.

Regeling meldplicht

In 2014 hebben wij de nieuwe Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg (TH/NR-002) opgesteld. De regeling is een aanvulling op onze beleidsregel over overmacht en geldt per 1 januari 2015.

Zorgverzekeraars zijn per 1 januari 2015 verplicht om bij de NZa te melden als zij niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht voor cruciale zorg. De zorgverzekeraar moet zelf eerst al het mogelijke hebben gedaan om de continuïteit van deze zorg te borgen. Als dat niet mogelijk blijkt dan kan de zorgverzekeraar een beroep doen op overmacht.

Zorgverzekeraars moeten nu dus niet alleen voldoen aan hun zorgplicht maar hebben voor cruciale zorg in bepaalde gevallen ook een meldplicht.

Er zijn in 2014 en vanaf de invoering van de meldplicht per 1 januari 2015 geen overmachtmeldingen bij de NZa binnengekomen.

4.5 Zorgplicht farmacie

Twee jaar geleden hebben wij onderzoek gedaan naar de zorgplicht voor farmacie. Wij zagen destijds wel een aantal knelpunten, maar uit het onderzoek bleek niet dat er incidenten waren of dat verzekerden onvoldoende zorg ontvingen. De uitkomsten van dat onderzoek hebben wij in oktober 2013 openbaar gemaakt via een brief aan de KNMP: 'Onderzoek zorgplicht farmaceutische zorg'.

In oktober 2014 hebben wij de Marktscan en beleidsbrief Extramurale Farmaceutische zorg gepubliceerd.[11]

[11] Marktscan en beleidsbrief Extramurale Farmaceutische zorg Weergave van de markt 2010-2014' van oktober 2014.

De resultaten van die marktscan gaven aanleiding om te vermoeden dat bovenstaand knelpunt ook in 2014 nog voorkwam. In 2015 hebben we naar aanleiding hiervan bij een aantal verzekeraars opgevraagd hoe deze verzekeraars de prestaties over medicatieoverdracht/begeleiding hebben gecontracteerd. We verwachten het onderzoek in het najaar af te ronden.

Overdracht medicatie

Kwaliteit van zorg is van groot belang. Naar aanleiding van een signaal van de IGZ hebben wij in 2013 gekeken hoe zorgverzekeraars hun zorgplicht invullen bij de inkoop van extramurale farmacie en de overdracht van medicatie tussen (ziekenhuis)apotheken.
Wij constateerden dat de zorgverzekeraars niet, onvoldoende of niet transparant de prestatie medicatie-overdracht bij alle door hun gecontracteerde apotheken (inclusief de ziekenhuisapotheken) hadden ingekocht.

Op grond van de resultaten van dat onderzoek hebben we de zorgverzekeraars aangesproken op een goede en duidelijke inkoop van de prestaties farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en ontslag.

Een aantal andere in deze marktscan genoemde casussen willen wij ook verder onderzoeken. In 2015 doen wij onderzoek naar de inkoop van farmaceutische zorg. Zie voor meer informatie paragraaf 7.6.

Als blijkt dat zorgverzekeraars hun zorgplicht niet of onvoldoende naleven dan nemen wij maatregelen. Ook kunnen wij sturen op nadere invulling van normen.

4.6 Casuïstiek zorgplicht

In 2014 hebben wij opnieuw een aantal casussen op het gebied van de zorgplicht behandeld. Ons Toezichtkader zorgplicht en de beleidsregel Overmacht Continuïteit van Zorg vormen hierbij het beoordelingskader.

De zorgverzekeraars hebben bij deze casussen gezorgd dat geen problemen zijn ontstaan met de zorgplicht voor hun verzekerden.

Ook in de toekomst volgen wij de ontwikkelingen bij zorgaanbieders. Bovendien zijn wij in 2015 een aantal onderzoeken gestart op het gebied van de zorgplicht. Wij onderzoeken onder meer de zorginkoop door zorgverzekeraars en wachttijden voor de GGZ. Voor meer informatie over deze onderwerpen verwijzen wij naar paragraaf 7.6 en 7.7 van dit rapport.

Hierna lichten wij drie casussen uit 2014 nader toe:

1. Ziekenhuis De Sionsberg;
2. Riagg Rijnmond;
3. VUmc: transgenderzorg.

Ziekenhuis De Sionsberg

Het ziekenhuis De Sionsberg uit Friesland (Dokkum) maakte deel uit van de Pasana Zorggroep. In 2014 verkeerde Pasana in financiële problemen. Eind november 2014 is Pasana failliet gegaan.

De NZa heeft een vinger aan de pols gehouden hoe de zorgverzekeraars ervoor zorgden dat alle verzekerden in de regio Dokkum de zorg kregen die zij nodig hadden. Hiertoe hebben wij gesprekken gevoerd met de betrokken zorgverzekeraars. Wij vroegen de zorgverzekeraars om ons te laten zien of zij goed zicht hadden op de gevolgen van het faillissement voor hun verzekerden. Ook wilden wij weten of alle verzekerden geholpen werden bij het tijdig krijgen van hun behandeling elders. Hierbij hebben wij ook nauw contact gehad met de IGZ.

De grootste zorgverzekeraar uit de regio heeft in dit proces de regie genomen. Uit de antwoorden bleek dat de zorgverzekeraars voor alle patiëntengroepen actief op zoek waren naar oplossingen. De Sionsberg leverde geen acute zorg. Het faillissement van het ziekenhuis betekende dus geen verandering voor de bereikbaarheid van acute zorg in deze regio.

In de week voor het faillissement heeft het ziekenhuis een opnamestop afgekondigd. Hierdoor was tijdens het faillissement maar een klein aantal patiënten in het ziekenhuis opgenomen. Deze patiënten konden worden ontslagen of overgeplaatst naar andere ziekenhuizen in de regio.
Het personeel van De Sionsberg werkte na het faillissement vrijwillig door. De poliklinische zorg kon daarom nog grotendeels worden doorgeleverd.

Voor een eventuele vervolgbehandeling zijn verzekerden begeleid bij de overstap naar een ander ziekenhuis. Zowel voor klinische als voor poliklinische zorg. De zorgverzekeraars hebben met de ziekenhuizen in de regio overlegd om te garanderen dat er voldoende capaciteit beschikbaar was voor de extra patiënten.

Over de doorstart na het faillissement is uitvoerig overleg geweest met zorgverzekeraars. Wij hebben de zorgverzekeraars gevraagd om ons te informeren hoe zij op korte termijn de zorg voor de huidige patiënten zouden continueren. De reactie hierop gaf ons het vertrouwen dat zorgverzekeraars de situatie rondom Pasana goed onder controle hadden. Inwoners in die regio kregen de zorg waar ze behoefte aan hadden en recht op hebben.

Riagg Rijnmond

Eind 2014 is de instelling voor GGZ het Riagg Rijnmond failliet verklaard. De NZa heeft hierover contact gehad met zorgverzekeraars. Deze gaven aan dat de crisisopvang GGZ (cruciale zorg) overgenomen werd door een andere zorgaanbieder en dat voor de rest van de zorg die Riagg Rijnmond bood ook voldoende alternatieven aanwezig waren in de regio.

Begin 2015 is het failliete Riagg Rijnmond overgenomen door de Parnassia Groep en GGZ Delfland. Met deze overname willen partijen de zorg die geleverd werd door Riagg Rijnmond continueren. Hierdoor is op het gebied van de zorgplicht en de zorglevering aan de patiënten niets verkeerd gelopen.

VUmc: transgenderzorg

In 2014 heeft de NZa de situatie onderzocht waarin het VUmc besloot de wachtlijst voor nieuwe transgenderpatiënten te sluiten. Het VUmc is voor deze vorm van zorg de grootste aanbieder in Nederland.

Volgens het VUmc was meer geld nodig omdat zich steeds meer patiënten aanmelden voor deze vorm van zorg. Zorgverzekeraars gaven aan dat zij voor 2014 voldoende geld hadden geboden.

Het was onduidelijk of zorgverzekeraars voor deze vorm van zorg nog aan hun zorgplicht konden voldoen. Daarvoor was een analyse van de tijdigheid en de daarvoor geldende normen nodig.

De Treeknormen voor medische specialistische zorg zijn algemeen van aard en gelden voor alle soorten zorg die een instelling voor medische specialistische zorg levert.

Uit gesprekken kwam naar voren dat transgenderzorg zo specialistisch is dat de algemene normen niet van toepassing kunnen zijn. Wij hebben daarom aangegeven dat zorgverzekeraars en zorgaanbieder(s) zich actief moeten inzetten voor het opstellen van tijdigheidsnormen voor transgenderzorg. Dat traject loopt door in 2015.

Partijen hebben onderling overeenstemming bereikt en het VUmc heeft de wachtlijst weer geopend. Daarom hebben wij geen formele (handhavings)maatregelen getroffen. In brieven aan partijen hebben wij wel onze verwachtingen uitgesproken. Waaronder het eerder genoemde punt dat er tijdigheidsnormen voor transgenderzorg moeten worden opgesteld.

Wij houden nog contact met de organisatie die de belangen voor de transgenderpatiënten behartigt en met het VUmc en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Tijdige transgenderzorg blijft nog een aandachtspunt voor zorgverzekeraars.

4.7 Uitvoeringsverslagen en zorgplicht

Per zorgverzekeraar hebben wij de uitvoeringsverslagen beoordeeld op naleving van de zorgplicht. Bovendien hebben wij alle analyses met elkaar vergeleken (benchmark). Ook hebben wij gekeken hoe zorgverzekeraars zich een jaar eerder hebben verantwoord over de naleving van de zorgplicht.

Alle zorgverzekeraars schetsen in hun uitvoeringsverslag een positief beeld over de wijze waarop zij hun zorgplicht naleven. Een aantal zorgverzekeraars geeft daarnaast ook nog expliciet aan dat zij voldoen aan de zorgplicht. Bijvoorbeeld door de hoge contracteergraad. Een restitutieverzekeraar stelt dat alle zorg van iedere aanbieder wordt vergoed. Zonder onderscheid tussen al dan niet gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zorgverzekeraar stelt hierdoor altijd te voldoen aan de zorgplicht voor zijn verzekerden.

Over de kwaliteit van zorg geven zorgverzekeraars aan dat ze bij de zorginkoop rekening houden met de minimumeisen. Ook vermelden de meeste zorgverzekeraars dat een zorgaanbieder niet wordt gecontracteerd als deze de minimumeisen niet haalt. Per verzekeraar

verschilt het of er extra eisen gesteld worden en voor welk zorggebied. Zo geeft een verzekeraar aan vooral in de eerstelijn extra eisen te stellen. Twee andere verzekeraars geven aan dat ze juist in de MSZ selectief contracteren voor bepaalde aandoeningen. Ook geeft een verzekeraar aan dat ze gebruik maken van patiëntervaringen om een betere keuze voor een zorgaanbieder te maken. Een verzekeraar geeft aan dat er landelijke normen voor de mondzorg ontbreken, en dat deze nu ontwikkeld worden. Andere zorgverzekeraars – die hier ook mee te maken zouden moeten hebben – verantwoorden zich hier niet over.

Een zorgverzekeraar die een restitutiepolis aanbiedt, geeft aan dat hij diverse kwaliteitsprojecten begeleidt. Contractering vindt ook plaats op basis van de door de beroepsgroep geformuleerde normen.
Een andere zorgverzekeraar die een restitutiepolis aanbiedt, geeft aan dat hij in de zorgbemiddeling gebruik maakt van informatie over kwaliteit van de zorgaanbieders. Deze verzekeraar verantwoordt zich het meest verregaand op het punt van zorgbemiddeling vanwege kwaliteitsredenen. De andere zorgverzekeraars zijn summier op het punt van zorgbemiddeling. Dit geldt in het algemeen ook voor bemiddeling, omdat er sprake is van (te lange) wachttijden. Alle verzekeraars geven aan dat ze in staat zijn tot bemiddeling, maar concreet wordt de verantwoording op dit punt nauwelijks.

Ten aanzien van de tijdigheid van zorg refereren de meeste zorgverzekeraars aan de treeknormen. Echter niet per se voor elk zorggebied. Zo wordt in bepaalde verslagen niets vermeldt over tijdigheid van GGZ-zorg. Ook niet dat er problemen zouden zijn. Dit terwijl de NZa aanleiding heeft om te vermoeden dat dit in bepaalde soorten GGZ-zorg wel het geval is.
Ook geven veel zorgverzekeraars aan dat ze geen signalen hebben ontvangen dat er problemen waren met de tijdigheid van zorg. Een van de zorgverzekeraars zegt dat bijvoorbeeld over de medisch specialistisch zorg. Tegelijkertijd geeft deze zorgverzekeraar ook aan te weten dat de treeknormen overschreden worden. Een andere zorgverzekeraar verantwoordt zich ruimhartig per zorgsoort over hoe ze de tijdigheid borgen. Bijvoorbeeld dat ze contractueel vastleggen dat zorgaanbieders melden als er sprake is van overschrijding van de treeknormen. Een zorgverzekeraar die een restitutiepolis aanbiedt, geeft aan een actueel beeld te hebben van de wachttijden, op basis van wachtlijstgegevens en door middel van overleg met belangenorganisaties van patiënten.

Zorgverzekeraars verantwoorden zich summier over de bereikbaarheid van zorg. Het lijkt erop dat zorgverzekeraars geen uitgewerkt plan of rekenmodel hebben voor de bereikbaarheid van (planbare) zorg. Een aantal zorgverzekeraars geven aan dat ze ruim contracteren ofwel landelijke dekking hebben in hun zorginkoop. Daardoor levert volgens hen bereikbaarheid van zorg geen probleem op. Een zorgverzekeraar geeft aan voor kraamzorg via postcodes vast te stellen of er genoeg aanbieders gecontracteerd zijn.

Om de continuïteit van zorg te borgen, hanteren de meeste zorgverzekeraars een Early Warning Systeem (EWS). Dit komt terug in de contracten met de zorgaanbieders, bij het screenen van de jaarverslagen van deze zorgaanbieders en bij het monitoren van wat er speelt in de markt.

4.8 Conclusie

Uit onze onderzoeken en overige werkzaamheden komen een aantal mogelijke risico’s voor de beschikbaarheid en tijdigheid van zorg naar

voren. Zoals omzetplafonds bij zorgaanbieders, wachttijden in de GGZ en overschrijding van Treeknormen.

In de conclusie over de zorgplicht hebben we ook een aantal onderzoeken uit 2015 meegenomen. Die onderzoeken staan uitgebreider beschreven in hoofdstuk 7.

In 2014 hebben wij ons Toezichtkader zorgplicht aangepast en een regeling opgesteld voor de continuïteit van cruciale zorg. Met ingang van 1 januari 2015 hebben zorgverzekeraars een meldplicht. Als zij niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht voor cruciale zorg dan moeten zij dit bij ons melden.

Daarnaast hebben we meerdere casussen behandeld, waarbij de vraag aan de orde was in hoeverre de continuïteit van zorg geborgd werd door de zorgverzekeraar. De zorgplicht van de zorgverzekeraars is mede door ons optreden niet in het geding gekomen.
Ook de komende jaren blijven wij de ontwikkelingen bij zorgaanbieders volgen. Als het nodig is komen wij in actie.

Voor ons toezicht op de zorgplicht zijn wij in 2014 met veel activiteiten gestart. Wij onderzochten onder meer de zorgplicht voor farmacie en transgenderzorg.

In 2015 hebben we bij een aantal verzekeraars opgevraagd hoe deze verzekeraars de prestaties over medicatieoverdracht/begeleiding hebben gecontracteerd. We verwachten het onderzoek in het najaar van 2015 af te ronden.
Voor transgenderzorg heeft het VUmc de wachtlijst weer geopend. Daarom hebben wij geen formele (handhavings)maatregelen getroffen. In brieven aan partijen hebben wij onze verwachtingen uitgesproken. Waaronder dat er tijdigheidsnormen voor transgenderzorg moeten worden opgesteld.

Bovendien zijn wij in 2015 een aantal onderzoeken gestart naar onder meer de eerstelijns zorginkoop door zorgverzekeraars en wachttijden voor de GGZ. Zie ook 7.6 en 7.7.

Ook hebben wij gekeken of de contractering bij zorgpolissen met beperkende kenmerken voldoende is om te voldoen aan de zorgplicht. De beperkende voorwaarden van de onderzochte polissen bleken niet zo vergaand dat de zorgplicht in het geding is. Wel kwamen enkele punten naar voren waar wij een vervolg aan geven. Zo kijken wij nader naar de reis- en wachttijden voor verzekerden. De uitkomsten daarvan verwachten we eind 2015, zie ook paragraaf 7.5.

Uit het onderzoek zorginkoop voor eerstelijns zorg bleek niet dat zorgverzekeraars, met de zorg die zij hebben ingekocht voor eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie, niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De uitkomsten op het onderdeel GGZ zullen in november 2015 openbaar worden gemaakt, samen met het rapport over wachttijden in de GGZ.

5. Transparantie

5.1 Inleiding

Het is van groot belang dat burgers bewust kunnen kiezen. Om een goede keuze te kunnen maken voor een bepaalde zorgverzekeraar, geschikte zorgverzekeringspolis of de juiste zorgaanbieder. Daarvoor is duidelijke, vergelijkbare en betrouwbare informatie nodig. Bijvoorbeeld over kwaliteit, kosten en vergoedingen. Daarom proberen wij de transparantie in de zorg te verbeteren.

> Transparantie
>
> Burgers willen verschillende soorten informatie. Bijvoorbeeld over zorgverzekeringen, zorgaanbieders en over de kosten en kwaliteit van zorg.
>
> Onder transparantie verstaan we dat deze informatie voor alle burgers beschikbaar is. Iedereen moet deze informatie eenvoudig kunnen vergelijken. Bovendien moet de informatie voor alle burgers makkelijk te vinden, voldoende duidelijk en betrouwbaar zijn.

In ons transparantietoezicht besteden daarom wij veel aandacht aan de informatieverstrekking door zorgverzekeraars.

Dit toezicht is gebaseerd op de Wmg. Transparantie is echter ook direct van belang voor bepaalde onderdelen van de Zvw. Zoals de keuze voor een zorgverzekering of zorgaanbieder. Daarom besteden wij in dit rapport ook aandacht aan transparantie.

Voor effectief transparantietoezicht hanteren wij een combinatie van instrumenten. Wij analyseren alle door ons ontvangen signalen en jaarlijks onderzoeken wij de self assessments van zorgverzekeraars. Bovendien verrichten wij aanvullend onderzoek. Bij tekortkomingen grijpen wij in.

Om de transparantie verder te verbeteren hebben wij in 2014 op verschillende gebieden extra actie ondernomen. Voorbeelden zijn onze activiteiten om de informatie op de nota te verbeteren en ons onderzoek naar vergelijkingssites. Deze onderwerpen lichten wij nader toe in paragraaf 5.5 en 5.6.

In 2015 besteden wij onder meer aandacht aan transparantie van het zorginkoopproces van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Voor meer informatie verwijzen wij naar paragraaf 7.8.

5.2 Signalen transparantie

Het aantal signalen over transparantie van zorgverzekeraars was in 2014 (114) hoger dan in 2013 (92). Vooral het aantal signalen over het ontbreken van informatie en over onjuiste of misleidende informatie nam aanzienlijk toe.

Signalen transparantie 2014 (en 2013)

- Informatie niet aanwezig: 60 signalen (2013: 45)
- Informatie onjuist of misleidend: 33 signalen (2013: 23)
- Informatie polis misleidend: 20 signalen (2013: 22)
- Keuze-informatie niet bruikbaar: 1 signaal (2013: 2)

Niet alle meldingen over zorgverzekeraars kunnen wij toetsen op basis van de informatie op de website van de zorgverzekeraar.

Bij mondeling verstrekte informatie kan de zorgverzekeraar stellen dat deze dit niet (of niet op die manier) heeft gezegd. Dat kunnen wij niet nagaan. Aan een individuele en niet toetsbare melding kunnen wij geen vervolg geven. Schriftelijke en elektronische informatie kunnen wij beter controleren.

Bij alle toetsbare meldingen hebben wij actie ondernomen. Wij hebben contact opgenomen met de zorgverzekeraar en deze om opheldering gevraagd. Op basis hiervan hebben wij bepaald of er daadwerkelijk sprake was van een overtreding of niet. Zo nodig heeft de betreffende zorgverzekeraar maatregelen genomen. Bijvoorbeeld door het aanpassen van de correspondentie of de informatie op zijn website.

Zorgverzekeraars hebben de informatie dus nog niet altijd op orde. Toch blijkt dat zij door eenvoudige interventies hun gedrag snel aanpassen.

Na ontvangst van een signaal over een zorgverzekeraar treden wij direct telefonisch in contact met deze zorgverzekeraar. Hierdoor worden de meeste signalen meteen en zonder veel inspanningen van de kant van de NZa en van de zorgverzekeraar op de juiste wijze opgepakt.

5.3 Beleidsregel Informatieverstrekking

Vanaf september 2014 is onze Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014[12] (hierna: Beleidsregel Informatieverstrekking) van toepassing.

Deze beleidsregel geeft aan welke informatie zorgverzekeraars moeten verstrekken aan hun verzekerden.

In de 2014 versie van de beleidsregel hebben wij bij enkele toetspunten nieuwe elementen opgenomen en/of deze aangescherpt. Bovendien hebben wij een nieuw toetspunt over vergelijkingssites aan de beleidsregel toegevoegd.

De belangrijkste aanpassingen:

1. Zorgverzekeraars moeten duidelijk zijn over volumeafspraken (zoals omzetplafonds) met eventuele gevolgen voor verzekerden (toetspunt 7b);
2. Zorgverzekeraars moeten verzekerden informeren over de rol van gecontracteerde zorg bij de vergoeding (toetspunt 11);
3. Zorgverzekeraars moeten verzekerden op hun verzoek voorafgaand aan een behandeling informeren over de gevolgen voor het eigen risico (toetspunt 12b);

[12] Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015). Dit is een update van beleidsregel TH/BR-010.

4. Zorgverzekeraars worden uitdrukkelijk gewezen op hun verantwoordelijkheid voor de juistheid van de informatie op vergelijkingssites (toetspunt 18).

> **Toetspunt 18: Vergelijkingssites**
> Verzekerden kunnen voor de keuze van een zorgverzekeraar gebruik maken van vergelijkingssites. Vaak hebben verzekeraars een bemiddelingsovereenkomst met deze sites gesloten. Hierdoor zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de juistheid van de verstrekte informatie.
>
> Wij hebben ervoor gekozen om dit extra te benadrukken en dit punt nader in te vullen.
>
> In 2015 hebben wij de beleidsregel 'Informatieverstrekking via vergelijkingssites' (Beleidsregel TH/BR-020) opgesteld. In deze beleidsregel hebben wij een aantal bestaande verplichtingen specifiek vastgelegd. Deze beleidsregel treedt per 1 november 2015 in werking. Zie ook 5.6.

Per 1 november 2015 vervangen wij de Beleidsregel Informatieverstrekking door een nieuwe regeling[13]. Voor meer informatie over deze nieuwe regeling verwijzen wij naar paragraaf 7.1.

5.4 Self assessments

Ieder jaar moeten zorgverzekeraars via een self assessment aangeven of zij voldoen aan de gestelde eisen voor transparantie. De informatie uit de self assessments gebruiken wij bij ons toezicht.

Bovendien kan de zorgverzekeraar via het self assessment zelf toetsen of de minimaal noodzakelijke informatie beschikbaar is voor burgers.

De vragen in het self assessment zijn gebaseerd op de checklist uit de Beleidsregel Informatieverstrekking. Zorgverzekeraars die niet (of nog niet volledig) voldoen aan de eisen moeten aangeven welke verbetermaatregelen zij nemen. Bijvoorbeeld door het opvragen van aanvullende informatie gaan wij na of zorgverzekeraars deze maatregelen ook daadwerkelijk uitvoeren.

Bovendien controleren wij tijdens (en na) ons onderzoek de websites van zorgverzekeraars op een aantal toetspunten. Bij eventuele tekortkomingen ondernemen wij actie richting zorgverzekeraars.

In 2014 zijn de self-assessments eerder ingevuld dan in voorgaande jaren. Hierdoor konden de beoordeling en eventuele benodigde aanpassingen voor de overstapperiode worden afgerond. De informatie moet immers op orde zijn op het moment dat dit het belangrijkst is: tijdens de overstapperiode.

[13] Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004).

Toetspunten 2014

Wij hebben de self assessments van alle zorgverzekeraars gecontroleerd met een steekproef op de volgende vier toetspunten:

1. gecontracteerd zorgaanbod
2. vergoeding bij niet gecontracteerde zorg
3. rol gecontracteerde zorg op vergoeding
4. eigen risico

Van de vijftig gecontroleerde websites voldeden veertien websites niet aan het toetspunt 'gecontracteerd zorgaanbod'. Belangrijkste reden hiervoor is dat op deze sites informatie ontbrak over de stand van zaken bij de contractering. Vaak zijn tijdens de overstapperiode nog niet met alle zorgaanbieders contracten gesloten. Zorgverzekeraars moeten dit expliciet en met een algemeen toelichtende tekst aangeven op hun website. Met de mededeling dat alle gecontracteerde zorgaanbieders (zodra de contracten zijn gesloten) op de website worden geplaatst.

Een aantal zorgverzekeraars voldeed niet aan het toetspunt 'rol gecontracteerde zorg op vergoeding'. Informatie over vergoedingen stond wel op de website maar de offerte aan verzekerden bevatte deze informatie niet. Zorgverzekeraars verwezen alleen naar de website. Dat is niet voldoende.

Drie websites voldeden niet aan het toetspunt 'eigen risico'. De hoogte van het eigen risico was onjuist en de informatie over het eigen risico was onvolledig. Zo ontbrak een volledige toelichting over de wijze waarop het eigen risico wordt verrekend.

Wij hebben de betreffende zorgverzekeraars schriftelijk geïnformeerd over de ontbrekende of onjuiste informatie. Bovendien hebben wij aangekondigd dat wij bij blijvende tekortkomingen zullen handhaven. Al deze zorgverzekeraars hebben de informatie op hun website tijdig aangepast. Hierdoor voldoet de informatie op deze punten nu aan de gestelde eisen.

Self assessment 2015

Ook in 2015 zullen wij de zorgverzekeraars vragen om het jaarlijkse self-assessment. Wij richten ons in 2015 op een beperkt aantal belangrijke toetspunten in het self-assessment.

5.5 Transparantie zorgkosten en zorgnota's

De NZa vindt het van groot belang dat de rekening voor zorgkosten duidelijk en begrijpelijk is. Een goed inzicht in de kosten kan verzekerden stimuleren tot een gepast en beheerst gebruik van zorg. Daarnaast kunnen verzekerden een duidelijke nota beter controleren en hierdoor onjuistheden in declaraties signaleren. Dit kan bijdragen aan het kostenbewustzijn van verzekerden en de betaalbaarheid van zorg.

Vanaf 2014 moeten ziekenhuizen meer informatie vermelden op de declaraties aan de zorgverzekeraars. Zoals de zorgactiviteitencode, de datum van uitvoering van de zorgactiviteit en een omschrijving van de zorgactiviteiten.

'Mijn omgeving'

Verzekerden met toegang tot internet krijgen via de 'mijn omgeving' van hun zorgverzekeraar een digitaal overzicht van hun zorg(kosten). Hier kan de verzekerde zijn zorggebruik zien en nota's controleren.

De NZa concludeert in zijn algemeenheid dat de 'mijn-omgeving' van de verschillende zorgverzekeraars professioneel oogt. De NZa baseert die conclusie op de informatie die de zorgverzekeraars hebben aangeleverd. Bij steeds meer zorgverzekeraars is toegang alleen nog mogelijk via DigiD en een aanvullende sms verificatie.

Eind 2014 hebben wij de zorgverzekeraars met betrekking tot de ziekenhuisnota's informatie gevraagd om inzicht te krijgen in het kostenoverzicht zorggebruik dat verzekerden via de 'mijn omgeving' ontvangen. Alle zorgverzekeraars hebben de gevraagde printscreens tijdig aangeleverd.

Wij hebben deze informatie beoordeeld aan de hand van de conceptregeling 'Informatie op het kostenoverzicht zorggebruik verzekerde'. Alle zorgverzekeraars zijn in het najaar van 2014 door ons over deze regeling geconsulteerd.

Regeling NZa

Na invoering van het nieuwe artikel 40a Wmg kan de NZa zorgverzekeraars verplichten om hun verzekerden een volledig, duidelijk en juist overzicht te geven van betalingen aan zorgaanbieders, het verrekende eigen risico en de ingehouden eigen bijdragen.

In 2014 hebben wij hiervoor alvast de conceptregeling 'Informatie op het kostenoverzicht zorggebruik verzekerde' opgesteld.

In zijn algemeenheid stellen wij vast dat de 'mijn-omgeving' van de verschillende zorgverzekeraars professioneel oogt. Ook lijkt de 'mijn omgeving' voor medisch specialistische zorg te voldoen aan de informatieset uit de conceptregeling. Wij baseren deze conclusie op de informatie die de zorgverzekeraars hebben aangeleverd. Wij zien dan ook vooralsnog geen reden de conceptregeling 'Informatie op het kostenoverzicht zorggebruik verzekerde' als een aparte transparantieverplichting op te leggen.

Wel hebben wij de verwachting uitgesproken dat zorgverzekeraars zich blijven inspannen om de informatie op de mijn-omgeving continu te onderhouden en te verbeteren. Niet alleen om verzekerden meer inzicht te geven in hun zorggebruik maar ook voor een extra controle op de declaraties.

Ook aan de hand van meldingen en signalen blijven wij de ontwikkelingen op het gebied van de 'mijn omgeving' volgen. Mogelijk wordt de 'mijn omgeving' een onderwerp in het jaarlijkse self assessment van de zorgverzekeraars.

5.6 Vergelijkingssites

Aan het einde van elk jaar kunnen verzekerden een andere zorgverzekering kiezen. Door over te stappen naar een 'nieuwe' zorgverzekeraar of door een andere polis af te sluiten bij de 'oude' zorgverzekeraar.

Tijdens de overstapperiode zijn vergelijkingssites een belangrijk en veelgebruikt informatiemiddel voor burgers. Vergelijkingssites krijgen hun informatie grotendeels van zorgverzekeraars. Burgers moeten erop kunnen vertrouwen dat de informatie op de sites beschikbaar, vergelijkbaar, betrouwbaar en duidelijk is.

Begin 2014 zijn wij daarom een onderzoek gestart naar de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan vergelijkingssites. Wij hebben onderzocht hoe de relaties tussen de zorgverzekeraars en de vergelijkingssites eruit zien en hoe de informatieverstrekking tussen deze partijen verloopt.

Het onderzoek richtte zich op de informatie zoals deze zichtbaar is voor de consument (de 'voorkant' van de sites). Wij hebben ook onderzocht hoe vergelijkingen op de sites tot stand komen (de 'achterkant' van de sites). In dit onderzoek hebben wij samengewerkt met andere toezichthouders zoals de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de Autoriteit Financiële Markten (AFM).

Wij hebben geconstateerd dat zorgverzekeraars vaak direct contracten sluiten met de grotere vergelijkingssites. Daarmee delen ze de verantwoordelijkheid voor de informatieverstrekking met de vergelijkingssites. De meeste zorgverzekeraars lijken zich ervoor in te spannen dat de dataleveranciers die gegevens over hun polis aan vergelijkingssites doorleveren over correcte informatie beschikken. Alle zorgverzekeraars die directe contracten hebben met vergelijkingssites geven aan dat zij de data controleren en accorderen. We gaan ervan uit dat de zorgverzekeraars deze controles blijven uitvoeren, onjuistheden corrigeren en dat zij daarmee de juistheid van gegevens op vergelijkingssites borgen.

Wij hebben wel geconstateerd dat zorgverzekeraars meer kunnen doen om te voorkomen dat op vergelijkingssites informatie namens de zorgverzekeraar te vinden is die burgers op het verkeerde been kan zetten. Bijvoorbeeld over het type polis en selectieve inkoop en wat de gevolgen daarvan zijn voor de consument. We eisen van de zorgverzekeraars dat zij ervoor zorgen dat ook deze informatie klopt, omdat dit de keuze voor een polis kan beïnvloeden. Dit kunnen zorgverzekeraars doen door de informatie die namens hen op een vergelijkingssite staat, te controleren en bij onjuistheden of onvolledigheden actie te ondernemen richting de vergelijkingssite.

Stappenplan zorgverzekering kiezen

In 2014 heeft de NZa in samenwerking met de ACM (ConsuWijzer) een 5 stappenplan opgesteld. Dit plan ondersteunt burgers bij het kiezen van een zorgverzekering.

In 5 stappen kan een consument bepalen welke zorg hij of zij nodig heeft en welke zorgverzekering hier het beste bij past. Het plan staat op de website van ConsuWijzer (consuwijzer.nl) en vormt daarmee een belangrijk deel van deze website.

In 2015 hebben wij de beleidsregel 'Informatieverstrekking via vergelijkingssites' (Beleidsregel TH/BR-020) opgesteld. In deze beleidsregel hebben wij een aantal bestaande verplichtingen specifiek vastgelegd. Deze beleidsregel treedt per 1 november 2015 in werking.

Een zorgverzekeraar die een overeenkomst sluit met de beheerder van een vergelijkingssite is zelf verantwoordelijk voor de juistheid van de informatie over zijn polisaanbod.

5.7 Conclusie

In 2014 hebben wij opnieuw veel gedaan om de transparantie door zorgverzekeraars te verbeteren. Een aantal toezichtactiviteiten heeft onze voortdurende aandacht. Zoals de opvolging van signalen en de jaarlijkse beoordeling van de self assessments. Ook hebben wij in 2014 onze Beleidsregel Informatieverstrekking geactualiseerd.

Uit de signalen en self assessments kwam een aantal verbeterpunten naar voren. Wij hebben zorgverzekeraars hierover geïnformeerd en hen verzocht om deze punten aan te pakken. Vóór de overstapperiode 2014 hebben alle betrokken zorgverzekeraars hun informatieverstrekking aangepast aan de gestelde eisen.

In 2014 hebben wij aanvullend onderzoek gedaan naar de 'mijn omgeving' van zorgverzekeraars. Uit ons onderzoek bleek dat de informatie in de zogenaamde 'mijn-omgeving' over ziekenhuisnota's voldoet aan de eisen die daaraan gesteld kunnen worden.

Naar aanleiding van signalen hebben wij in 2014 vergelijkingssites voor zorgverzekeringen onderzocht. Wij hebben vastgesteld dat zorgverzekeraars vaak direct contracten sluiten met grotere vergelijkingssites. Zorgverzekeraars blijven dan wel verantwoordelijk voor de juistheid van de informatie op een vergelijkingssite. Zorgverzekeraars controleren de informatie op vergelijkingssites als waarborg voor de juistheid. We eisen van zorgverzekeraars dat informatie klopt over het type polis, selectieve inkoop en de gevolgen daarvan voor de consument. In 2015 hebben wij daarom de nieuwe beleidsregel 'Informatieverstrekking via vergelijkingssites' opgesteld. In deze beleidsregel hebben wij een aantal bestaande verplichtingen specifiek vastgelegd.

De komende jaren gaan wij verder met het (door)ontwikkelen van ons toezicht op transparantie. Voor meer informatie over een aantal van onze overige activiteiten in 2015 verwijzen wij naar paragraaf 7.8.

6. Modelovereenkomsten

6.1 Zorgverzekeringsmarkt

In november 2014 hebben wij onze 'Stand van de zorgmarken 2014' gepubliceerd. Jaarlijks geven wij hiermee een overzicht van de ontwikkelingen in de zorg. Met de uitdagingen voor het komende jaar.

Daarnaast kijkt de NZa jaarlijks naar de stand van zaken op de markt voor zorgverzekeringen. Aan de hand van analyses vormen wij ons een beeld van de werking van deze markt en dat beeld publiceert de NZa in de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt.

Marktscan Zorgverzekeringsmarkt

Ieder jaar onderzoeken wij de markt voor zorgverzekeringen. Voor de 'Marktscan Zorgverzekeringsmarkt' verzamelen wij gegevens over een periode van vijf jaar. Deze informatie analyseren wij en gebruiken wij vervolgens voor onze taken.

De marktscan van augustus 2014 geeft een overzicht van de zorgverzekeringsmarkt in de periode 2010-2014.[14]

In 2015 kozen wij een iets andere opzet voor deze marktscan. Wij splitsen het overzicht in drie afzonderlijke onderdelen. Het eerste onderdeel[15] met de al beschikbare kerncijfers hebben wij in juli 2015 openbaar gemaakt. Dit deel bevatte nog geen verdiepende analyses en interpretaties.

In september 2015 hebben wij het tweede deel[16] gepubliceerd. Daarin gingen wij nader in op verklaringen voor deze kerncijfers. Bovendien rapporteren wij over een aantal verdiepende onderzoeken, zoals het aantal polissen, premiekortingen en herverzekering eigen risico.

In november 2015 publiceren we de geschatte premieontwikkeling voor 2016 en de geschatte omzet 2016.
In januari 2016 plaatsen wij het derde deel van de marktscan op onze website. In de vorm van een online quickscan met kerncijfers over het polisaanbod en de premies voor polisjaar 2016. Hierdoor is de informatie veel actueler.

Tabel 3. Ontwikkeling aantal zorgverzekeraars 2011 – 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Concerns	10	9	9	9	9
Zorgverzekeraars	27	26	26	26	25

Bron: Modelovereenkomsten (NZa)

In 2014 kon de burger (net als in 2012 en 2013) kiezen uit 26 zorgverzekeraars verdeeld over negen concerns.

[14] 'Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt 2014 Weergave van de markt 2010-2014' van augustus 2014.
[15] 'Marktscan en brief Zorgverzekeringsmarkt 2015 – deel A' van juli 2015.
[16] Marktscan en brief Zorgverzekeringsmarkt 2015 – deel B' van september 2015.

In 2015 is er een zorgverzekeraar minder dan in 2014 door een fusie binnen het concern van een grote zorgverzekeraar. Zorgverzekeraar AGIS is opgeheven en de verzekerdenportefeuille is overgenomen door Zilveren Kruis Achmea.

Het totale marktaandeel van de vier grootste concerns neemt jaarlijks licht af ten gunste van de overige kleinere concerns. In 2014 hadden de vier grootste concerns een gezamenlijk marktaandeel van 89,6 procent. In 2015 is dit licht gedaald naar 88,8 procent.[17]

Nieuwe toetreder

In 2014 heeft DNB een vergunning verleend aan ANNO12, een nieuwe toetreder tot de zorgverzekeringsmarkt.

Met ingang van polisjaar 2015 wilde deze een zorgverzekering aanbieden volgens een nieuw model. Verzekerden konden een participatie kopen in de onderneming en zo profiteren van een (leden)korting op de verschuldigde premie. In 2014 hebben wij een oordeel gegeven over de modelovereenkomst van deze verzekeraar.

In 2015 heeft de verzekeraar alle activiteiten beëindigd. De reden hiervoor was dat zij onvoldoende verzekerden hadden voor een rendabele bedrijfsvoering. Belangrijke oorzaak was naar de mening van Anno12 de onaantrekkelijke propositie als gevolg van de solvabiliteitseisen die aan verzekeraars worden gesteld. Daarnaast was het toelatingstraject langdurig en lastig, waardoor te weinig tijd overbleef om verzekerden te werven. De bedoeling was om met ten minste 10.000 leden/verzekerden van start te gaan. Deze doelstelling is niet gehaald.

Wij hebben in de augustus 2015 met deze partij gesproken over hun ervaringen met het toetreden tot de zorgverzekeringsmarkt. De uitkomsten van dit gesprek hebben wij opgenomen in het tweede deel van de marktscan 2015.

6.2 Zorgverzekeringen

Zorgverzekeringen zijn te onderscheiden in verzekeringen met een aanspraak in naturavorm of in restitutievorm. Een combinatie van natura en restitutie komt ook voor.

Polisvormen

De aanspraak van de verzekerde hangt af van de polisvorm die hij of zij kiest voor zijn zorgverzekering:

- natura: verzekerde heeft recht op zorg;
- restitutie: verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg en bemiddeling naar zorg;
- combinatie: de aanspraak op natura of restitutie verschilt per zorgvorm.

De voorwaarden in naturapolissen verschillen onder meer in het aantal door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en de hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg.

[17] Bron: 'Marktscan en brief Zorgverzekeringsmarkt 2015 – Deel A' van juli 2015.

Het aantal op de markt gebrachte zorgverzekeringen is in 2014 en 2015 licht gestegen van 67 (2013) naar 70 (2014) en 71 (2015). Net als in eerdere jaren stijgt in 2014 en 2015 het aanbod van naturapolissen (31 in 2014 en 35 in 2015). In 2013 waren 29 naturapolissen verkrijgbaar.

Binnen de naturapolissen stijgt het aantal polissen met een beperkt(er) aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders. In 2015 hebben wij in het kader van de zorgplicht onderzoek gedaan naar dergelijke polissen. Wij verwijzen naar paragraaf 6.5 voor meer informatie over dit onderwerp.

Er is een grote variatie aan polissen. Er is dus voldoende keus voor burgers om een verzekering te kiezen die bij hen past. We vinden dit positief, maar zien ook het risico dat het voor de burger te moeilijk wordt om zorgpolissen met elkaar te vergelijken. De NZa wil daarom dat zorgverzekeraars investeren in de vergelijkbaarheid en inzichtelijkheid van hun aanbod. Ook onderzoekt de NZa of dit brede aanbod aan polissen nadelig is voor specifieke doelgroepen.

In 2015 zullen wij de vereisten voor een transparant polisaanbod verder aanscherpen. Ook willen wij de toegang tot de zorgverzekering formeel borgen met een specifieke regeling.

Zorgverzekeraars hebben inmiddels zelf ook een aantal maatregelen voorgesteld die de transparantie van het polisaanbod moeten verbeteren. Voor meer informatie over dit punt verwijzen wij naar paragraaf 6.9.

In onderstaande tabel geven wij een overzicht van de verschillende polissen die tot en met 2015 zijn aangeboden. Polissen met een beperkt gecontracteerd zorgaanbod zijn hierbij geen afzonderlijke categorie.

Tabel 4. Aanbod polissen basisverzekering (aantal polissen per soort polis)

Soort polis	Contractering zorg	2011	2012	2013	2014	2015
Combinatie	Deels gecontracteerd	8	7	10	9	9
	Gecontracteerd	6	5	5	5	4
	Subtotaal	14	12	15	14	13
Natura	Gecontracteerd	18	22	29	31	35
	Subtotaal	18	22	29	31	35
Restitutie	Deels gecontracteerd	7	8	12	15	3
	Gecontracteerd	5	6	5	5	6
	Niet gecontracteerd	12	12	6	5	14
	Subtotaal	24	26	23	25	23
Totaal		56	60	67	70	71

Bron: NZa (Modelovereenkomsten)

In 2014 zijn twee nieuwe natura polissen en twee nieuwe combinatiepolissen aan het aanbod toegevoegd. Eén combinatiepolis is in 2014 niet meer op de markt.

Twee combinatiepolissen uit 2013 hebben wij in 2014 aangemerkt als restitutiepolis. Bij deze polissen worden alleen bruikleen hulpmiddelen in natura verstrekt.

6.3 Signalen modelovereenkomsten

In 2014 ontvingen wij een aantal signalen over modelovereenkomsten. Zoals signalen over vergoedingen en polisvoorwaarden. Deze signalen hadden vaak (indirect) ook betrekking op transparantie.

Een aantal onderwerpen die wij veel zien terugkomen zijn (vragen over) de (hoogte) van vergoedingen. En vragen waarom iets wel of niet door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Ongeveer twintig procent van de signalen over modelovereenkomsten had betrekking op deze onderwerpen. Ook ontvingen wij een aantal vragen over de berekening van het eigen risico, prijs- en contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars die van invloed zijn op de vergoeding en vragen over de polisvoorwaarden. In totaal heeft ruim de helft van de signalen over modelovereenkomsten betrekking op één of meerdere van deze onderwerpen. De overige signalen over modelovereenkomsten zijn niet onder te brengen in een bepaalde categorie.

Eigen risico

Veel signalen zijn terug te leiden naar het niet verstrekken van transparante informatie aan verzekerden.

Vooral bij de signalen over de berekening van het eigen risico blijkt dat verzekerden vaak niet op de hoogte zijn van de werking van het DBC-systeem. Veel verzekerden weten niet dat het eigen risico wordt aangesproken in het jaar waarin het DBC-traject is gestart.

Verzekerden kunnen voor onverwachte kosten komen te staan als ook het eigen risico van het voorgaande jaar in rekening wordt gebracht.

Wij hebben dit signaal meegenomen in onze regelgeving voor transparantie. In artikel 16.5 van de nieuwe regeling voor informatieverstrekking aan consumenten (TH/NR-004) hebben wij exact opgenomen waar zorgverzekeraars op dit punt aan moeten voldoen. Voor meer informatie over deze regeling verwijzen wij naar paragraaf 6.1.

Prijs- en contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen soms ook voor verwarring bij de verzekerde. De hoogte van een vergoeding voor een behandeling kan flink uiteenlopen. Dit is bij aanspraken op basis van natura afhankelijk van de vraag of er al dan of niet een contract is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Voor sommige verzekerden kan het een vervelende verrassing zijn als blijkt dat hun zorgverzekeraar een deel van de behandeling niet vergoedt, omdat gebruik is gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Soms blijkt er ook tegenstrijdige informatie verstrekt te worden door de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Dat zorgt ook voor onduidelijkheid bij verzekerden.

Afgaande op de door ons ontvangen signalen bestaat er soms ook onduidelijkheid bij zorgaanbieders over contracten en welke voorwaarden een zorgverzekeraar hier wel of niet aan mag stellen.

Voor verzekerden zijn de polisvoorwaarden zijn soms ook niet duidelijk. Wij ontvangen soms ook meldingen over mogelijke onjuistheden in de polisvoorwaarden. In een dergelijk geval onderzoekt de NZa of de polisvoorwaarden inderdaad strijdig zijn met de Zvw.

De signalen hebben wij meegenomen bij ons toezicht op modelovereenkomsten en transparantie. Waar nodig hebben wij zorgverzekeraars aangesproken. Voor meer informatie over transparantie verwijzen wij naar hoofdstuk 4.

6.4 Beoordeling modelovereenkomsten

Zorgverzekeraars moeten alle nieuwe of gewijzigde modelovereenkomsten (voordat deze ingaan) aan ons toesturen. Dit is wettelijk verplicht op grond van artikel 25 Zvw. Voor de start van het nieuwe polisjaar ontvangen wij de modelovereenkomsten.

Zorgverzekeraars kunnen wijzigingen in hun modelovereenkomsten ter beoordeling voorleggen aan de NZa. Dat is niet verplicht. Zie ook paragraaf 6.5. Op onze website en in onze 'Brochure aanleveren modelovereenkomsten en reglementen' geven wij meer informatie over het beoordelingsproces. De brochure is in september 2014 geactualiseerd. De wijzigingen zijn voornamelijk redactioneel.

Zorgverzekeraars kunnen zelf nagaan of hun bestaande modelovereenkomsten voldoen aan de Zvw. In samenwerking met het Zorginstituut publiceren wij hiervoor jaarlijks een standpuntenlijst en toetsingskader.

Zo nodig informeren wij zorgverzekeraars tussentijds via een nieuwsbrief. Via deze nieuwsbrieven houden wij de zorgverzekeraars op de hoogte van ontwikkelingen rond de Zvw die van invloed zijn op de modelovereenkomsten. De nieuwsbrieven en overige informatie maken wij ook bekend via www.nza.nl.

6.5 Bestuurlijk rechtsoordeel

Zorgverzekeraars kunnen wijzigingen in hun modelovereenkomsten aan de NZa voorleggen voor een bestuurlijk rechtsoordeel. Dit is niet verplicht. De NZa beoordeelt alleen de voorgelegde wijzigingen.
Alleen in het geval van een nieuwe modelovereenkomst beoordeelt de NZa de volledige modelovereenkomst, indien de zorgverzekeraar daar om heeft gevraagd.
Zorgverzekeraars kunnen ook de bij de polis behorende reglementen door ons laten beoordelen. Zoals het reglement hulpmiddelen en het reglement farmacie.

Wij bekijken samen met het Zorginstituut of deze wijzigingen in overeenstemming zijn met de Zvw.

Het Zorginstituut beoordeelt de zorgaanspraken. De NZa beoordeelt de polistechnische aspecten van de modelovereenkomst. Zoals de bepalingen over het begin en einde van de zorgverzekering.

Over de uitkomst van de beoordeling geven wij de zorgverzekeraar een bestuurlijk rechtsoordeel. Aan de hand van eventueel gemaakte opmerkingen kunnen zorgverzekeraars hun modelovereenkomst aanpassen.

In onze Beleidsregel Bestuurlijk rechtsoordeel modelovereenkomsten geven wij informatie over de procedure. Deze beleidsregel is in 2014 geactualiseerd. Met ingang van 1 juni 2014 vervangt de nieuwe versie TH/BR-013 de voorgaande beleidsregel TH/BR-002. De wijzigingen zijn

voornamelijk redactioneel. Inhoudelijk is de beleidsregel niet gewijzigd. Wij hebben veldpartijen daarom niet geconsulteerd.

Zorgverzekeraars dienen ten opzichte van voorgaande jaren, de laatste jaren minder verzoeken in met minder wijzigingen per verzoek. Deze wijzigingen hebben meestal wel gevolgen voor meerdere modelovereenkomsten die de zorgverzekeraar op de markt brengt. Wij vinden het positief dat zorgverzekeraars steeds meer eigen verantwoordelijkheid nemen.

Bestuurlijk rechtsoordeel 2014

In 2014 (voor polisjaar 2015) is het aantal verzoeken om een bestuurlijk rechtsoordeel ongeveer gelijk gebleven met het voorgaande jaar:

- Polisjaar 2014: 13 verzoeken van 11 zorgverzekeraars voor 22 documenten.
- Polisjaar 2015: 17 verzoeken van 11 zorgverzekeraars voor 18 documenten.

Het beoordelingsproces is voor polisjaar 2015 niet veranderd. Wel hebben wij in 2014 een aantal wijzigingen beoordeeld die samenhangen met de wijzigingen in de (langdurige) zorg. Een aantal aanspraken is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw of vanuit de Zvw naar de Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dat betekent dat verzekerden per 1 januari 2015 een aantal nieuwe aanspraken hebben op basis van de Zvw. Een aantal andere aanspraken is overgeheveld naar de gemeenten (Jeugdwet en Wmo).

Afspraken met gemeenten

Per 1 januari 2015 moeten zorgverzekeraars afspraken maken met gemeenten over de uitvoering van hun taken voor Zvw en Wmo. Op basis van het nieuwe artikel 14a Zvw moet de modelovereenkomst aansluiten op de gemaakte afspraken.

Een aantal zorgverzekeraars heeft de vertaling van deze bepaling in de modelovereenkomst aan ons voorgelegd voor een bestuurlijk rechtsoordeel.

Vanaf 2015 zouden zorgverzekeraars bepaalde aanspraken kunnen verstrekken in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Dit geldt bijvoorbeeld voor verpleging en verzorging thuis. Het Zvw-pgb zou worden geregeld in het nieuwe artikel 13a Zvw[18]. Het wetsvoorstel tot wijziging van artikel 13 Zvw is echter eind 2014 verworpen door de Eerste Kamer. Het nieuwe artikel 13a maakte hier deel van uit.

Het Zvw-pgb heeft op dit moment dus geen wettelijke basis maar is wel mogelijk in de vorm van een (bijzondere) restitutie aanspraak[19]. Zorgverzekeraars hebben deze mogelijkheid opgenomen in hun modelovereenkomsten voor polisjaar 2015. Bovendien hebben de zorgverzekeraars een nieuw reglement voor het Zvw-pgb opgesteld. Dit reglement is in 2014 ter beoordeling aan ons voorgelegd.

---

[18] Kamerstukken II 2013/14, 33 362, nr. 12.
[19] Kamerstukken II 2014/15, 33 362, nr. 47.

6.6 Steekproeven

Ieder jaar controleren wij samen met het Zorginstituut een aantal modelovereenkomsten die zorgverzekeraars dat jaar daadwerkelijk op de markt hebben gebracht. In 2014 controleren wij dus polissen die in 2014 verkrijgbaar zijn. Deze extra controle gebeurt via een steekproefonderzoek.

Voor polisjaar 2014 hebben wij vijf willekeurige modelovereenkomsten van verschillende zorgverzekeraars achteraf (nogmaals) beoordeeld. Deze modelovereenkomsten kunnen namelijk al eerder aan ons zijn voorgelegd. Bijvoorbeeld bij een geheel nieuwe zorgverzekering of bij een verzoek om een bestuurlijk rechtsoordeel.

Twee modelovereenkomsten hebben wij integraal getoetst. Dat betekent dat wij alle polistechnische en zorginhoudelijke aspecten hebben bekeken. De NZa toetst hierbij het polistechnische gedeelte en het Zorginstituut het zorginhoudelijke gedeelte.

Drie modelovereenkomsten hebben wij uitsluitend getoetst op wijzigingen. Hierbij kijken wij ook of de zorgverzekeraar eventuele eerdere opmerkingen van de NZa of het Zorginstituut in de modelovereenkomst heeft verwerkt.

In 2014 heeft de uitkomst van de steekproef geleid tot een beperkt aantal kleinere aandachtspunten en opmerkingen. Waar dit nodig was hebben wij onze opmerkingen teruggekoppeld aan de betreffende zorgverzekeraars. Wij hebben hen verzocht om onze opmerkingen te verwerken in de modelovereenkomst(en) voor polisjaar 2015. De zorgverzekeraars hebben hier gevolg aan gegeven.

6.7 Artikel 13 Zvw

Op 11 juli 2014 heeft de Hoge Raad een uitspraak gedaan[20] over de uitleg van artikel 13 Zvw, de hoogte van de vergoeding van zorg verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet zo laag mag zijn dat die daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou vormen om zich tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden (hinderpaalcriterium).

Gecontracteerde zorg

Voor polissen met een (deels) gecontracteerd zorgaanbod moet de zorgverzekeraar voldoende zorg inkopen. Dit is niet alleen een verplichting op basis van de polisvoorwaarden, maar ook omdat de zorgverzekeraar zich moet houden aan de zorgplicht.

Hierdoor kan de verzekerde altijd zorg krijgen van een gecontracteerde zorgaanbieder. De verzekerde hoeft dan niet een deel van de zorg zelf te betalen.

Een selectief gecontracteerd aanbod kan de keuze van de consument minder groot maken. Vooral als de vergoeding voor niet selectief gecontracteerde zorgaanbieders relatief laag is.

Wij hebben onze beleidsregel Toezichtkader zorgplicht (TH/BR-018) hierna aangepast. Zorgverzekeraars zijn hierover geïnformeerd. In de beleidsregel is opgenomen dat de vergoeding voor niet gecontracteerde

[20] ECLI:NL:HR:2014:1646.

zorg geen hinderpaal mag zijn voor de verzekerde om zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij wordt voor de vraag wat een hinderpaal is verwezen naar de rechtspraak.

Voor polisjaar 2015 hanteren de meeste zorgverzekeraars een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg tussen de 75 en 80 procent. Er komen ook lagere vergoedingshoogtes voor.

Voor het polisjaar 2016 en volgende is onderzocht of het wenselijk is dat er een vaste, minimale vergoedingshoogte in het beleid wordt opgenomen.

De NZa heeft besloten vast te houden aan het standpunt dat zorgverzekeraars zelf een vergoeding mogen bepalen voor niet gecontracteerde zorg, maar dat die vergoeding geen hinderpaal mag vormen voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Voor de duiding van het begrip hinderpaal wordt verwezen naar de bestaande jurisprudentie daarover.

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het marktconforme tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren.[21] Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.

Zowel in de polissen als in de informatie over de polissen is het hierbij van belang dat de zorgverzekeraars transparant zijn over de exacte wijze waarop de hoogte van de uiteindelijke vergoedingsbeperking berekend wordt. Wanneer de zorgverzekeraar de vergoedingsbeperking bijvoorbeeld berekent als een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief of een andere variant van het 'marktconform tarief', dient de verzekeraar specifiek toe te lichten hoe deze berekening in zijn werk gaat[22].

Ook dient de verzekeraar transparant te zijn over het absolute bedrag dat de verzekeraar voor een behandeling zal vergoeden. Wanneer informatie ontbreekt waardoor dit absolute bedrag nog niet berekend kan

[21] Het 'marktconforme tarief' wil zeggen het gemiddelde tarief waartegen de betreffende prestatie is gecontracteerd door de zorgverzekeraar, het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief, of een vergelijkbare berekeningsmethode.
[22] Zie voor de transparantieverplichtingen met name art. 40 Wmg, art. 13 Zvw, Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-018) en artikel 13 van de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004).

worden, dient de verzekeraar altijd ten minste een indicatie te geven van de te verwachten vergoeding.[23]

Het bovenstaande zullen we ook betrekken bij het toezicht op polissen die op de markt worden gebracht. Voor 1 april 2016 zal de NZa ten behoeve van het polisjaar 2017 en verder bekijken of er sprake is van ontwikkelingen die nopen tot een aanpassing van het beleid met betrekking tot de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.
In december 2014 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel verticale integratie[24] verworpen. Met dit wetsvoorstel zou artikel 13 Zvw worden gewijzigd. Zorgverzekeraars zouden vanaf 2016 de mogelijkheid krijgen om bij voldoende gecontracteerd zorgaanbod de vergoeding voor bepaalde niet gecontracteerde zorg verder te beperken of zelfs geheel uit te sluiten. Het wetsvoorstel is verworpen door de Eerste Kamer.

In de Kamerbrief 'Kwaliteit loont'[25] gaf de minister van VWS aan dat het kabinet nu kiest voor een breed pakket aan andere maatregelen om de doelstelling van het wetsvoorstel (betere en voor iedereen betaalbare zorg) te realiseren.

6.8 Conclusie

Het aantal zorgverzekeraars (en concerns) is in 2014 gelijk gebleven ten opzichte van 2013: in totaal 26 zorgverzekeraars verdeeld over 9 concerns. Het aantal zorgverzekeringen is voor polisjaar 2014 licht gestegen naar 70 (2013: 67).

In 2015 wilde een nieuwe zorgverzekeraar (ANNO12) toetreden tot de markt. Dit is niet gelukt door een te geringe belangstelling. Wij hebben met deze partij gesproken over hun ervaringen met het toetreden tot de zorgverzekeringsmarkt. De uitkomsten van dit gesprek hebben wij opgenomen in het tweede deel van de marktscan 2015.

Wij ontvingen in 2014 een aantal signalen over polisvoorwaarden. Bijvoorbeeld over de hoogte van de vergoeding en de berekening van het eigen risico. Veel van deze signalen hebben betrekking op transparantie. Daarom hebben wij deze signalen ook meegenomen bij ons transparantietoezicht. Waar nodig hebben wij zorgverzekeraars aangesproken.

In 2014 hebben wij opnieuw een aantal modelovereenkomsten beoordeeld. Zowel op verzoek van zorgverzekeraars (bestuurlijk rechtsoordeel) als uit eigen beweging (steekproefonderzoek). Uit deze onderzoeken kwam een aantal kleine opmerkingen naar voren. Deze uitkomsten hebben wij teruggekoppeld aan de zorgverzekeraars.

De Hoge Raad heeft in juli 2014 een uitspraak gedaan over de uitleg van artikel 13 Zvw. Bij een polis met gecontracteerd aanbod mag de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg niet zo laag zijn dat die daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal vormt om zich tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden (hinderpaalcriterium).

---

[23] Zie artikel 16 Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004). Hierin staat beschreven onder welke omstandigheden de verzekeraar het absolute bedrag moet berekenen, en onder welke omstandigheden de verzekeraar alleen een indicatie hoeft te geven door ontbrekende informatie.
[24] Kamerstukken II 2011/12, 33 362, nr. 2.
[25] Kamerbrief 'Kwaliteit loont' van 6 februari 2015 (kenmerk 723296-133115-Z).

Voor het polisjaar 2016 en volgende is onderzocht of het wenselijk is dat er een vaste, minimale vergoedingshoogte in het beleid wordt opgenomen.
De NZa heeft hierop besloten vast te houden aan het standpunt dat zorgverzekeraars zelf een vergoeding mogen bepalen voor niet gecontracteerde zorg, maar dat die vergoeding geen hinderpaal mag vormen voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Voor de duiding van het begrip hinderpaal wordt verwezen naar de bestaande jurisprudentie daarover. Daarbij moeten zorgverzekeraars overeenkomstig de regels transparant zijn over de wijze waarop de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt en het absolute bedrag dat zij voor een behandeling zullen vergoeden.

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het marktconforme tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Het wetsvoorstel om artikel 13 Zvw aan te passen is verworpen door de Eerste Kamer. In plaats van een nieuw wetsvoorstel heeft de minister van VWS een aantal maatregelen voorgesteld om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

7. Toezicht 2015

Per 1 januari 2015 is door de invoering van de Wlz en het vervallen van de AWBZ veel veranderd in de zorg. Dit heeft ook gevolgen voor de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. Een aantal aanspraken uit de AWBZ is overgeheveld naar de Zvw. Hierdoor is het basispakket onder meer uitgebreid met vergoedingen voor verpleging en verzorging thuis (wijkverpleging) en het langdurig verblijf in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Vanaf 2015 kunnen verzekerden met een indicatie voor verpleging en verzorging deze zorg ook zelf inkopen (met het Zvw-pgb).

Ook in 2015 staan het toezicht op de zorgplicht en transparantie hoog op de agenda. Bovendien besteden wij opnieuw veel aandacht aan naleving van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Daarnaast is een aantal wijzigingen in wet- en regelgeving direct van belang voor ons toezicht.

7.1 Wet- en regelgeving

Artikel 13 lid 5 Zvw

[…Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar…]

In april 2015 heeft de rechtbank Midden-Nederland uitspraak gedaan over de uitleg van artikel 13 lid 5 Zvw.[26] Voor het jaar 2013 had een aantal logopedisten een overeenkomst gesloten met een zorgverzekeraar. Na het beëindigen van deze overeenkomst bestond voor het jaar 2014 geen overeenkomst meer.

De vraag was of verzekerden die in 2013 al in behandeling waren bij deze logopedisten ook in 2014 recht hielden op dezelfde vergoeding als in 2013. Volgens de rechtbank maakt het niet uit dat de logopedisten de overeenkomst zelf hebben beëindigd. De rechtbank oordeelde dat op basis van artikel 13 lid 5 Zvw verzekerden het recht op vergoeding houden voor de overgangsperiode van een jaar na het einde van de overeenkomst tussen de logopedisten en de zorgverzekeraar.

In 2015 vervangen wij de Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten (TH/BR-015) door een nieuwe regeling. De Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004) treedt per 1 november 2015 in werking.

Wij willen dat zorgverzekeraars zorgen voor een betere en duidelijkere informatieverstrekking. Ook hebben wij een aantal verplichtingen nog verder aangescherpt. In onderstaand tekstkader staan de belangrijkste aanpassingen/aanscherpingen.

[26] Uitspraak van 8 april 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:2742.

Regeling Informatieverstrekking (TH/NR-004)

1. Treeknormen voor verschillende typen zorg en de beschikbare wachtlijstbemiddeling;
2. vergoeding van grensoverschrijdende zorg;
3. systeem van verrekenen van het eigen risico;
4. verplichting om patiënten voorafgaand aan een behandeling inzage te geven in de kosten;
5. voorkomen dat zorgverzekeraars via hun website bepaalde doelgroepen automatisch naar specifieke polissen sturen;
6. verplichting tot bekend maken van het gecontracteerde zorgaanbod;
7. transparantie over het rekening houden met diversiteit van verzekerden bij de zorginkoop.

Voor meer informatie over het eerste punt (Treeknormen en beschikbare wachtlijstbemiddeling) verwijzen wij naar de beleidsbrieven bij de Marktscan Medisch Specialistische Zorg 2014 en de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg 2014.

Bij het verrekenen van het eigen risico vragen wij specifiek aandacht voor de gevolgen van het openen van vervolg-DBC's. Ook moeten zorgverzekeraars duidelijk zijn over in welk kalenderjaar een prestatie verrekend zal worden.

Regeling Transparantie zorginkoopproces (TH/NR-005)

In 2015 hebben wij ook een regeling gemaakt voor het zorginkoopproces tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het doel van deze regeling is onder meer om de transparantie van het zorginkoopproces te vergroten. De nieuwe Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (TH/NR-005) geldt vanaf 1 januari 2016.

Voor meer informatie over deze regeling verwijzen wij naar paragraaf 6.8.

7.2 Acceptatieplicht bij volmachten

Drie zorgverzekeraars werken samen met volmachten. In de eerste helft van 2015 hebben wij bij deze zorgverzekeraars een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de naleving van de acceptatieplicht door volmachten. De uitkomsten van dit onderzoek hebben wij in juni 2015 toegestuurd aan de minister van VWS en vervolgens openbaar gemaakt.[27]

[27] Zie brief NZa van 25 juni 2015 aan de minister van VWS (kenmerk 109538/186240) 'Uitkomsten verdiepend onderzoek naleving acceptatieplicht volmachten'.

Volmacht

Titel 3 van Boek 3 van het Burgerlijk Wetboek bevat een aantal bepalingen over de volmacht. Volmacht is de bevoegdheid die de volmachtgever aan een ander (gevolmachtigde) verleent om in zijn naam rechtshandelingen te verrichten.

Bij de uitvoering van de Zvw gaat het om een gevolmachtigde (volmacht) die onder eigen naam zorgverzekeringen aanbiedt van een bepaalde zorgverzekeraar (volmachtgever). Deze zorgverzekeraar draagt het financiële risico en blijft formeel (eind)verantwoordelijk.

Volmachten richten zich op de administratieve uitvoering van de zorgverzekering. Hieronder valt ook de acceptatie van verzekerden.

Een volmacht is dus zelf geen zorgverzekeraar maar biedt wel zorgverzekeringen aan. Voor burgers is dit niet altijd duidelijk.

Voor de uitvoering van de Zvw houden wij primair toezicht op de zorgverzekeraars. Ook als een zorgverzekering wordt aangeboden door een volmacht blijft de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het naleven van de acceptatieplicht. Tenzij de volmacht buiten de grenzen van zijn bevoegdheid handelt. Het is dan aan de zorgverzekeraar om dit aan te tonen.

Volmachten geven echter geheel zelf invulling aan hun acceptatiebeleid en de manier waarop zij de zorgverzekering in de markt zetten. Dat bleek uit ons onderzoek uit 2013 naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars.

Dit geeft volmachten een grote mate van vrijheid. Wij hebben daarom bekeken in hoeverre hierdoor risico's bestaan voor de acceptatieplicht.

Algemeen beeld volmachten

Uit ons onderzoek komt naar voren dat de risico's voor de acceptatieplicht als gevolg van het werken met volmachten zeer beperkt zijn.

De voornaamste redenen hiervoor zijn:

1. Ontbreken financiële prikkel;
2. Vormgeving controleproces en monitoring;
3. Rol volmacht bij verzekerdenwerving.

Deze punten lichten wij hierna kort toe.

Volmachten hebben nauwelijks een financiële prikkel om te selecteren op risico's:

- Volmachten lopen geen risico op de schadelast. De volledige schadelast komt voor rekening van de zorgverzekeraar (risicodrager). De volmacht heeft hierdoor geen financieel voordeel bij risicoselectie. De voor- en nadelen van risicoverevening liggen bij de zorgverzekeraar.
- Volmachten ontvangen voor de uitvoering van de zorgverzekering per verzekerde een bepaalde tekencommissie. Dit betekent een vast bedrag voor iedere verzekerde. Dus ongeacht factoren zoals leeftijd of gezondheid.

Zorgverzekeraars hebben het controleproces en de monitoring op orde:
- De drie risicodragers hebben gezamenlijk afspraken gemaakt met alle volmachten over de uit te voeren controleactiviteiten.
- Dit geldt alleen voor zover deze activiteiten in het kader van mededinging niet concurrentiegevoelig zijn.
- Op basis van de vormgeving van het controleproces hebben wij geen risico's kunnen vaststellen voor de acceptatie van verzekerden.

Rol volmacht bij verzekerdenwerving leidt tot weinig risico:
- De acceptatie van verzekerden maakt deel uit van de administratieve uitvoering van de zorgverzekering door volmachten. Volmachten werven de verzekerden niet zelf. Hiervoor maken zij gebruik van tussenpersonen (intermediairs). De marketing van de zorgverzekeringen is ook uitbesteed aan deze intermediairs.
- Volmachten hebben dus wel de vrijheid om zelf verzekerden te werven en een eigen marketingbeleid te voeren. In de praktijk maken zij daar echter nauwelijks gebruik van en worden deze activiteiten uitbesteed aan de intermediair.

Intermediairs

Intermediairs zijn tussenpersonen die bemiddelen tussen de aspirant verzekerde en de zorgverzekeraar. Intermediairs voeren zelf geen eigen acceptatiebeleid.

7.3 Verhouding basis- en aanvullende verzekering

Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is gebaseerd op risicosolidariteit. In tegenstelling tot de zorgverzekering (basisverzekering) geldt voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht. Dit betekent dat verzekeraars voor de aanvullende verzekeringen acceptatievoorwaarden mogen stellen en premiedifferentiatie kunnen toepassen.

Aanvullende verzekering

Een aanvullende verzekering is wel een ziektekostenverzekering maar geen zorgverzekering in de zin van de Zvw. Dat betekent dat verzekeraars voor een aanvullende verzekering aan minder eisen hoeven te voldoen.

De NZa houdt beperkt toezicht op het aanbieden van aanvullende verzekeringen. Bijvoorbeeld wel voor verplichtingen uit de Wmg zoals transparantie. Maar de vereisten uit de Zvw (zoals de acceptatieplicht) gelden niet voor aanvullende verzekeringen.

Begin 2015 hebben wij bureauonderzoek gedaan naar mogelijk ongewenste sturing van verzekerden voor de basisverzekering via de aanvullende verzekering. De uitkomsten van deze analyse hebben wij in juni 2015 openbaar gemaakt.[28]

[28] 'Analyse Verhouding tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering bij de sturing van verzekerden' van juni 2015.

Voor polisjaar 2015 heeft bijna 85 procent van de verzekerden een aanvullende verzekering. Vrijwel alle verzekerden sluiten deze verzekering af bij dezelfde verzekeraar als waar zij hun basisverzekering hebben. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars met hun aanvullende verzekering sturen op de toegang tot de basisverzekering en daarmee aan risicoselectie doen.

Mogelijk ongewenste vormen van het sturen van verzekerden:

- creëren van (gepercipieerde) overstapbelemmeringen;
- gedwongen winkelnering;
- onaantrekkelijke dekking aanvullende verzekering;
- afkoop van bijbetaling van niet gecontracteerde zorg;
- herverzekering van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

Uit de analyse lijken de praktijkvoorbeelden van overstapbelemmeringen beperkt te zijn tot enkele individuele gevallen en zijn deze niet van dien aard dat hierdoor de werking van het stelsel negatief wordt beïnvloed. Maar vanwege de mogelijke perceptie dat overstappen een probleem kan zijn, heeft de NZa in het kader van het transparantietoezicht een aantal activiteiten ontplooid. Bijvoorbeeld het onderzoek naar vergelijkingssites (zie 5.6).

Er is een aanvullende verzekering op de markt waarmee verzekerden ook bij een zorgpolis waarin niet met alle ziekenhuizen een contract is gesloten, volledige vrije keuze van ziekenhuis hebben. Voor deze polis gelden geen acceptatievoorwaarden; iedereen wordt geaccepteerd. Hoewel hier dus geen sprake is van risicoselectie, vindt de NZa deze polis toch onwenselijk, omdat hiervan een negatief effect kan uitgaan op de werking van het stelsel. Immers, door selectieve contractering zetten zorgverzekeraars zorgaanbieders aan tot het leveren van een goede prijs-kwaliteit verhouding.

Herverzekering van het eigen risico vinden wij in beginsel ongewenst. Het is namelijk een verkapte vorm van premiedifferentiatie. Herverzekering van het eigen risico speelt alleen nog bij bepaalde doelgroepen zoals minima en seizoenarbeiders. Herverzekering beperkt betalingsproblemen voor deze verzekerden en het debiteurenrisico voor de zorgverzekeraars. Dit betreft een kleine groep verzekerden. Bovendien is de herverzekering niet gericht op het sturen van verzekerden naar een bepaalde polis. Daarom vinden wij dit geen groot probleem voor de risicosolidariteit van het zorgstelsel. Dit is anders als zorgverzekeraars zich met herverzekering richten op bepaalde winstgevende doelgroepen.

Wij vinden het onwenselijk als zorgverzekeraars de grondbeginselen van de zorgverzekering op bovenstaande wijzen aantasten. Dit kan een goede werking van het zorgstelsel belemmeren als het meer voorkomt. Wij kunnen hier geen formele handhavingsinstrumenten tegen inzetten want deze gedragingen zijn niet in strijd met de wet en dus niet onrechtmatig.

Wij blijven de ontwikkelingen en signalen op dit gebied volgen. In 2015 bijvoorbeeld via ons onderzoek naar risicoselectie en de marktscan zorgverzekeringsmarkt.

7.4 Onderzoek risicoselectie

Het onderwerp risicoselectie heeft prioriteit bij ons toezicht. Naast onze onderzoeken naar onder meer de acceptatieplicht, de sturing van verzekerden en de relatie tussen de basis- en aanvullende verzekering willen wij ook een totaalbeeld geven van mogelijke risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt.

> **Risicoselectie**
>
> Wij spreken van risicoselectie als zorgverzekeraars met een bewuste actie proberen verzekerden met een gunstig risicoprofiel te selecteren. Bijvoorbeeld via bepaalde marketingstrategieën.
>
> Risicoselectie is niet in strijd met de Zvw, maar kan wel indruisen tegen de belangen die deze wet wil beschermen, zoals de risicosolidariteit van ons zorgstelsel, en is daarom schadelijk voor een goede werking van het zorgstelsel.

Wij willen (het voorkomen van) risicoselectie c.q. het sturingsgedrag van zorgverzekeraars op een structurele wijze monitoren om de ontwikkelingen op dit gebied goed te kunnen volgen. Zodat wij bij ongewenste ontwikkelingen maatregelen kunnen nemen. Daarom zijn wij in 2015 gestart met een kwantitatief onderzoek naar risicoselectie.

In juni 2015 hebben wij de eerste uitkomsten van dit onderzoek gepubliceerd.[29] Onze analyses op het niveau van polissen nemen wij mee in de tweede fase van ons onderzoek. Het tweede kwantitatieve rapport over risicoselectie wordt naar verwachting in januari 2016 opgeleverd. Het rapport over het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie verschijnt naar verwachting in het eerste kwartaal van 2016.

In het tussenrapport presenteren wij een set basis indicatoren voor het monitoren van signalen over risicoselectie. Op basis van deze indicatoren geeft het tussenrapport een eerste inzicht in de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt.

> **Tussenrapport juni 2015:**
>
> 1. biedt inzichten over verschillen tussen subgroepen van verzekerden;
> 2. laat verschillen zien tussen de vereveningsresultaten van afzonderlijke zorgverzekeraars (risicodragers);
> 3. op basis van de werkelijke kosten van verzekerden hebben wij de normbedragen opnieuw geschat.
>
> Deze punten lichten wij hieronder kort toe.

Inzichten over verschillen tussen subgroepen:

- Voor drie subgroepen hebben we het vereveningsresultaat voor somatische zorg bekeken. Dit betreft de groepen jongeren, ouderen en ongezonde ouderen.
- De subgroep 'jongeren' had in de onderzochte periode een licht negatief tot een nul vereveningsresultaat.

[29] 'Tussenrapport Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie Eerste inzichten' van juni 2015.

- De voorlopige conclusie is dat het deze periode voor zorgverzekeraars niet gunstig was om veel jongeren onder hun verzekerden te hebben.
- Ouderen (65 jaar en ouder) hadden een hoog positief vereveningsresultaat. Dit resultaat nam gedurende de onderzochte periode geleidelijk af.
- Ongezonde ouderen hadden zelfs een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat.
- De voorlopige conclusie is dat zorgverzekeraars die in deze periode veel (vooral ongezonde) ouderen onder hun verzekerden hadden beter af waren dan zorgverzekeraars bij wie deze groepen ondervertegenwoordigd waren.

Verschillen tussen de vereveningsresultaten van afzonderlijke zorgverzekeraars (risicodragers):

- Het resultaat van ongeveer de helft van de zorgverzekeraars schommelt binnen een beperkte range.
- Opvallend is dat er meer variatie is in het resultaat op de instroom per zorgverzekeraar dan in het resultaat op de totale populatie of de uitstroom.
- Het tweede punt lijkt te duiden op risicoselectie: een meer selecte groep verzekerden stroomt bij zorgverzekeraars in dan de bestaande groep of de groep die uitstroomt.

Op basis van de werkelijke kosten van verzekerden hebben wij de normbedragen opnieuw geschat:

- Hiermee krijgen we normbedragen die ook de effecten bevatten van onverwachte kostenontwikkelingen.
- Uit ons onderzoek blijkt dat de meeste werkelijke normbedragen goed overeenkomen met de opnieuw geschatte normbedragen.
- De uitschieters zijn de risicoklassen met weinig verzekerden.

Vervolgonderzoek risicoselectie

In 2015 breiden we ons onderzoek uit met:

- analyses op polisniveau;
- vereveningsmodellen GGZ;
- eigen risico.

Voor ons eindrapport onderzoeken we het verband tussen het vereveningsresultaat en de kenmerken van afzonderlijke polissen. Met statistische analyses willen we het verschil in het vereveningsresultaat tussen de verschillende polissen verklaren.

Het is niet mogelijk om alles uitsluitend op basis van kwantitatieve analyses te duiden. Dit is bijvoorbeeld niet mogelijk voor de beweegredenen van zorgverzekeraars. Daarom starten wij ook met een kwalitatief onderzoek. Op basis van signalen uit ons kwantitatieve onderzoek zullen wij een aantal individuele casussen nader onderzoeken.

7.5 Zorgplicht zorgpolissen met beperkende kenmerken

In de media en de politiek is veel gesproken over ‘budgetpolissen’ en de risico’s voor de beschikbaarheid en tijdigheid van de voor die polissen gecontracteerde zorg. Eind 2014 hebben wij een onderzoek aangekondigd naar de vraag of de contractering van dergelijke polissen

voldoende is om aan de zorgplicht te voldoen.[30] Dit onderzoek is in de eerste helft van 2015 uitgevoerd.

Er is geen sluitende definitie voor de term 'budgetpolissen'. Voor het onderzoek is daarom gekeken naar zorgpolissen met bepaalde beperkende kenmerken zoals beschreven in de marktscan Zorgverzekeringsmarkt[31]:

- selectieve contractering van zorgaanbieders;
- een relatief lage vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg;
- de verplichting om geneesmiddelen en/of hulpmiddelen online te bestellen bij een bepaalde aanbieder;
- de verplichting om declaraties via internet in te dienen;
- de verplichting om administratieve zaken via internet te regelen.

Kwaliteit

Wij hebben een aantal zorgverzekeringen onderzocht. Daarbij is bekeken of er een verband is tussen de premie van de polis en de kwaliteit van de gecontracteerde zorg[32].
Van de polissen die we hebben onderzocht, zijn er 3 met een premie die ongeveer gelijk is of hoger ligt dan de gemiddelde premie in 2015. Een 'budgetpolis' is dus niet per definitie een goedkope polis.

Uit ons onderzoek blijkt dat de beperkingen van de onderzochte polissen niet zo vergaand zijn dat de zorgplicht in het geding is.

De NZa heeft ook gekeken in hoeverre kwaliteit van zorg een rol speelt bij polissen met een selectief zorgaanbod, in die zin dat die verschilt van andere polissen. We hebben enerzijds niet kunnen vaststellen dat voor de onderzochte polissen minder kwalitatief hoogwaardige zorg wordt ingekocht. Anderzijds is uit het onderzoek ook niet gebleken dat zorgverzekeraars specifiek aandacht hebben (gehad) voor de kwaliteit van de aangeboden zorg in deze polissen.
Voor de medisch specialistische zorg zijn voor de onderzochte polissen verhoudingsgewijs ongeveer even veel (of zelfs meer) topklinische en academische ziekenhuizen gecontracteerd (31%-57%) als er landelijk zijn (40% van alle ziekenhuizen). Op dit punt lijkt de selectief gecontracteerde zorg niet van mindere kwaliteit.
Zorgverzekeraars geven aan dat de kwaliteit van de gecontracteerde zorg in het algemeen wordt geborgd, doordat zorgaanbieders moeten voldoen aan algemeen geldende kwaliteitsnormen en richtlijnen. Specifiek geeft een zorgverzekeraar aan dat de gecontracteerde ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van kwaliteit, prijs en reisafstand Een andere zorgverzekeraar stelt aan selectief gecontracteerde aanbieders aanvullende eisen voor de kwaliteit, hetgeen suggereert dat de kwaliteit van de selectieve contractering zelfs hoger is dan bij de 'reguliere'.

Uit het onderzoek kwamen wel een aantal aandachtspunten naar voren waar wij een vervolg aan geven:

1. Bij een aantal van de onderzochte polissen hebben zorgverzekeraars een ziekenhuis gecontracteerd dat onder verscherpt toezicht staat van de IGZ. Uit het onderzoek is niet gebleken of er in de contractrelatie met het ziekenhuis specifiek aandacht is voor de kwaliteit van de zorg.

[30] Brief NZa aan de minister van VWS: 'Aandachtspunten toezicht zorgverzekeraars' van 8 december 2014 (kenmerk 109538/153162).
[31] NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014 en Beleidsbrief, augustus 2014, www.nza.nl.
[32] 17 zorgpolissen nader bekeken in relatie tot zorgplicht, NZa, juni 2015

2. Sommige zorgverzekeraars creëren een lacune in de medicatiebewaking. Verzekerden moeten voor herhaalmedicatie verplicht naar een andere apotheek dan voor de eerste uitgifte. Er is niet gebleken dat zorgverzekeraars hierover specifieke inhoudelijke afspraken maken met de gecontracteerde zorgaanbieders.
3. Bij de onderzochte polissen met selectieve contractering blijkt dat hiervoor twee tot acht ziekenhuizen zijn gecontracteerd met extreem lange wachttijden (tot wel 52 weken). Dit suggereert dat deze zorgverzekeraars bij de contractering geen rekening hebben gehouden met de wachttijden. Juist bij selectieve contractering van zorg mag dit wel van zorgverzekeraars worden verwacht.
4. De toename van de reistijd bij selectieve contractering van ziekenhuizen neemt bij de meest vergaande polis toe tot maximaal 89 minuten. Voor planbare medisch specialistische zorg zijn er geen bereikbaarheidsnormen. De toegenomen reistijden zijn in de uiterste gevallen echter aanzienlijk. Bij sommige polissen worden juist die provincies getroffen waar relatief veel van de eigen verzekerden van de betrokken zorgverzekeraar wonen.

De uitkomsten daarvan verwachten we eind 2015

7.6 Onderzoek zorginkoop

De NZa krijgt veel klachten over het contracteerproces. Daarom hebben wij in de eerste helft van 2015 de zorginkoop door zorgverzekeraars onderzocht.

Onderzoek zorginkoop 2014-2015:

- GGZ;
- eerstelijns verloskunde;
- fysiotherapie;
- logopedie.

In het onderzoek vragen wij zorgverzekeraars om ons te laten zien met welke zorgaanbieders zij een contract hebben gesloten. Zo kunnen wij per zorgverzekering het zorgaanbod in kaart brengen: waar kan een verzekerde precies terecht en hoeveel zorg is er per regio ingekocht? Als blijkt dat dit onvoldoende is dan spreken wij de zorgverzekeraars daar op aan.

In april 2015 hebben wij in ons rapport ‘Zorgcontracten in kaart’[33] onze eerste bevindingen van een bereikbaarheidsanalyse gepubliceerd.

Witte vlekken

‘Witte vlekken’ zijn gebieden waar zorgverzekeraars geen zorgaanbieders hebben gecontracteerd.

Doel van onze analyse is om per zorgverzekeraar de voor 2014-2015 gecontracteerde locaties in beeld te brengen. Hierdoor kunnen wij vaststellen of (en waar) er ‘witte vlekken’ zijn.

[33] Rapport ‘Zorgcontracten in kaart Deel 1 - Contractering eerste lijn: reistijdenanalyse curatieve GGZ, eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie’ van april 2015.

Daarnaast spraken wij met brancheverenigingen en consumentenorganisaties om eventuele knelpunten bij de contractering in kaart te brengen. De uitkomsten van deze gesprekken hebben wij met de zorgverzekeraars besproken. Wij willen hiermee vaststellen of de zorgverzekeraars met de huidige zorginkoop hun zorgplicht kunnen nakomen. Zo nodig zullen wij maatregelen treffen om te zorgen dat de zorgplicht wordt nageleefd.

Voor de eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie hebben wij in juni 2015 onze bevindingen gepresenteerd in een brief aan de minister van VWS.[34]

De bevindingen voor de GGZ maken wij in november 2015 openbaar. Reden hiervan is dat wij het onderzoek naar de zorginkoop GGZ uitvoeren samen met ons toezichtonderzoek naar de wachttijden in de GGZ.

Los van bovengenoemd onderzoek kijken wij ook naar contracten in sectoren waar vanaf 2015 veel verandert in de bekostiging. Voorbeelden zijn de huisartsenzorg en wijkverpleging. Wij willen onderzoeken of zorgverzekeraars en zorgaanbieders andere inkoopafspraken maken dan in de jaren hiervoor. Ook willen wij weten of de contractering bijdraagt aan de beleidsdoelstellingen uit een aantal afgesloten convenanten. Zoals meer zorg dichter bij huis.

In augustus 2015 hebben wij een consultatiedocument[35] gepresenteerd met een overzicht van contractvormen. Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerste lijn kunnen reageren of aanvullingen geven op dit overzicht. De reacties hebben wij verwerkt in een definitief rapport dat op 15 oktober 2015 op onze website is gepubliceerd.

Bovendien onderzoeken wij in 2015 de inkoop van farmaceutische zorg. Wij gaan na of zorgverzekeraars de verschillende prestaties voor deze zorg voldoende contracteren.

Uit de marktscan farmacie uit 2014[36] bleek dat een aantal zorgverzekeraars bepaalde prestaties voor 2014 onvoldoende had gecontracteerd. Dit ging vooral om de door de NZa de opgestelde prestaties farmaceutische begeleiding bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis.

Hierdoor was onduidelijk of de zorgverzekeraars konden garanderen dat deze zorg daadwerkelijk aan alle patiënten geleverd werd. Het onderzoek naar de contracten van deze zorgverzekeraars moet uitwijzen of dit contracteringsprobleem voor 2015 is opgelost.

De uitkomsten van deze onderzoeken kunnen leiden tot verschillende vervolgacties. Als wij constateren dat de zorgplicht in het geding is dan valt te denken aan handhaving door de NZa of het sturen op nadere invulling van normen.

---

[34] Brief NZa aan de minister van VWS: ‘Uitkomsten van het tweede deel onderzoek zorginkoop eerste lijn’ van 26 juni 2015.
[35] ‘Consultatiedocument Contracteerproces eerstelijnszorg Regels en overzicht contractvormen’ van augustus 2015.
[36] ‘Marktscan en beleidsbrief Extramurale Farmaceutische zorg Weergave van de markt 2010-2014’ van oktober 2014.

7.7 Wachttijden GGZ

In 2014 ontvingen wij diverse signalen over het overschrijden van de tijdigheidsnormen voor de GGZ. Deze signalen worden ook bevestigd door de marktscan GGZ uit december 2014[37] en het verdiepende onderzoek uit juni 2015[38].

Dit was voor de NZa de reden om in 2015 nader onderzoek te doen naar de wachttijden in de GGZ. Het rapport wordt in november 2015 openbaar gemaakt.

Een zorgverzekeraar moet zijn verzekerden met aanspraak op zorg in natura voldoende en tijdige zorg leveren. Dat is de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Van belang is dat de zorgverzekeraar dat doet binnen de daartoe geldende wachttijden. Gebeurt dit niet of onvoldoende dan komen wij in actie.

Tijdig en beschikbaar

Voor de GGZ is tijdigheid en beschikbaarheid van zorg van groot belang. Crisisopvang GGZ is daarom aangemerkt als cruciale zorg. Deze zorg moet altijd beschikbaar zijn.

Maar ook voor andere vormen van GGZ is het belangrijk dat verzekerden zo snel mogelijk kunnen starten met een behandeling.

Uitstel en wachtlijsten zijn niet wenselijk. Hierdoor kunnen psychische problemen verergeren. De NZa zet zich in voor de beschikbaarheid en tijdigheid van zorg door zorgverzekeraars waar nodig aan te spreken op hun zorgplicht.

7.8 Transparantie 2015

Het jaar 2015 is door de minister van VWS uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Transparantie is van groot belang voor een goede werking van het zorgstelsel.

Good Contracting Practices (GCP's)

Wij ontvangen veel klachten van zorgaanbieders over het contracteerproces met zorgverzekeraars. In 2010 en 2014 hebben wij Good Contracting Practices uitgebracht met aanbevelingen voor een beter contracteerproces. Een deel van deze aanbevelingen ziet op transparantie.

De GCP's zijn aanbevelingen en niet afdwingbaar. Daarom hebben wij een aantal GCP's omgezet in door de NZa handhaafbare regels.

In 2015 hebben wij deze regels vastgelegd in een nieuwe regeling[39] voor het zorginkoopproces (contracteerproces) van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het doel van de regeling is om de transparantie van het zorginkoopproces te vergroten.

---

[37] 'Marktscan en beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009-2014' van december 2014.
[38] 'Marktscan en beleidsbrief Geestelijke gezondheidszorg 2014 deel B' van juni 2015.
[39] Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (TH/NR-005).

Deze regeling is gebaseerd op artikel 45 Wmg en de GCP's. Wij hebben de zorgverzekeraars hierover geconsulteerd. Ook hebben wij ZN gevraagd om deze regels als branche gezamenlijk te benadrukken. Dit zou de effectiviteit van de regels kunnen vergroten.[40] De nieuwe regeling treedt per 1 januari 2016 in werking.

Overige speerpuntentransparantie

In 2015 hebben wij nog een aantal andere speerpunten. Deze zien echter niet primair op de transparantie van zorgverzekeraars:

1. transparantie wachttijden medisch specialistische zorg;
2. transparantie door Wlz- uitvoerders;
3. transparantie GGZ;
4. transparantie kwaliteitsinformatie.

7.9 Actieplan ZN

In april 2015 is 'Kern-gezond Actieplan Zorgverzekeraars Nederland' verschenen. De zorgverzekeraars maken zich op een aantal punten zorgen over de werking en solidariteit van het Nederlandse zorgstelsel. Daarom willen zij het zorgstelsel versterken en de eigen rol verbeteren. Te beginnen met het polisaanbod en de positie van verzekerden.

Actiepunten Kern-gezond

1. Overzichtelijke en duidelijke polissen met een heldere inhoud;
2. Wegnemen overstapdrempels en terughoudend met commercie;
3. Zorgverzekeraar als transparant maatschappelijk ondernemer met invloed van verzekerden op het beleid;
4. Pleidooi voor solidaire basisverzekering door behoud breed basispakket en aanpassing (verplicht en vrijwillig) eigen risico. Met als randvoorwaarde een goede risicoverevening.

Dit is de eerste fase van het actieplan. In de volgende fase staat de relatie met het zorgveld centraal. Zoals het verbeteren van de onderlinge relaties en het terugdringen van administratieve lasten voor zorgaanbieders.

De NZa heeft in mei 2015 een eerste reactie gegeven op dit actieplan.[41] Wij zien het actieplan als een goede stap en vinden het positief dat zorgverzekeraars (gezamenlijke) initiatieven ontwikkelen. Zorgverzekeraars profileren zich duidelijk als maatschappelijk ondernemer. Voor de onderwerpen risicoselectie en transparantie sluit het actieplan aan op ons toezicht op zorgverzekeraars. Wij hebben wel een aantal aanbevelingen bij het actieplan.

Aanbevelingen NZa

1. Wij ondersteunen het zichtbaar maken van de polissen op de websites van de zorgverzekeraars. Een verdere stap is het beter vergelijkbaar maken van de polissen. Bijvoorbeeld als onderdeel van het voorstel voor een gezamenlijke en objectieve vergelijkingssite;

[40] Brief NZa aan ZN van 29 mei 2015 'Reactie op actieplan Kern-gezond' (kenmerk 127154/180075).
[41] Brief NZa aan ZN van 29 mei 2015 'Reactie op actieplan Kern-gezond' (kenmerk 127154/180075).

2. Wij stellen voor dat zorgverzekeraars voor elke polis een 'standaard' bijsluiter ontwikkelen. Dus niet alleen voor polissen met bijzondere of afwijkende voorwaarden;
3. Wij pleiten voor polissen met duidelijke en eenduidige teksten die voor iedere verzekerde eenvoudig leesbaar zijn;
4. Zorgverzekeraars kunnen overstapdrempels niet alleen wegnemen door niet langer 'vanaf-prijzen' te gebruiken die zijn gebaseerd op polissen met een maximaal vrijwillig eigen risico. Maar ook door het niet langer hanteren van acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekeringen. Hiervoor hebben wij al eerder aandacht gevraagd in onze marktscan Zvw 2014 en ons onderzoek naar de acceptatieplicht;
5. Zorgverzekeraars moeten de gevolgen van een declaratie voor het eigen risico van hun verzekerden goed inzichtelijk maken;
6. Inzichtelijk maken hoe zorgverzekeraars inkoopvoordelen doorgeven aan verzekerden en waarom bepaalde zorgaanbieders (selectief) zijn gecontracteerd. Dit in relatie met de bereikbaarheid en tijdigheid van zorg voor de verzekerden (wachttijden). Ook zien wij graag dat zorgverzekeraars explicieter ingaan op het inkopen op kwaliteit;
7. Zorgverzekeraars zouden collectiviteiten moeten gebruiken waarvoor deze zijn bedoeld. Dus voor een doelmatigere zorginkoop voor bepaalde doelgroepen en niet om kortingen te kunnen geven.

Via onze periodieke contacten spreken wij met ZN over het actieplan en verdere initiatieven voor de toekomst. Bovendien zullen wij de inspanningen van de zorgverzekeraars monitoren.

7.10 Conclusie

In 2015 hebben wij onze regelgeving (beleidsregels en nadere regels) geactualiseerd. Ook hebben wij een aantal nieuwe regels opgesteld.

Begin 2015 hebben wij verschillende onderzoeken gedaan naar de acceptatieplicht door zorgverzekeraars. Zo onderzochten wij de acceptatieplicht bij volmachten en de verhouding tussen de basis- en de aanvullende verzekering bij het sturen van verzekerden. Van ons onderzoek naar risicoselectie hebben wij in juni 2015 het eerste deel afgerond.

Voor ons toezicht op de zorgplicht zijn wij in 2015 gestart met een groot aantal activiteiten. Bijvoorbeeld onderzoek naar polissen met beperkende kenmerken, zorginkoop en naar wachttijden voor de GGZ.
De (deel)bevindingen uit een aantal onderzoeken hebben wij al in de eerste helft van 2015 gepubliceerd.

Ook in 2015 is transparantie weer één van de speerpunten van de NZa. Nieuw is dat wij aandacht besteden aan de transparantie van inkoopvoorwaarden. Wij willen nagaan of het zorginkoopproces tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voldoende transparant is.

In 2015 hebben wij een regeling gemaakt voor dit zorginkoopproces. Het doel van de regeling is om de transparantie van het zorginkoopproces te vergroten. De nieuwe Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw (TH/NR-005) geldt vanaf 1 januari 2016.

ZN heeft in april 2015 het Actieplan Kern-gezond bekend gemaakt. Wij zijn positief over dit initiatief en hebben ZN een aantal aanbevelingen gedaan. Wij monitoren de inspanningen van de zorgverzekeraars.